



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

**OPINIÕES E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À
DOENÇA MENTAL EM DIFERENTES SERVIÇOS DE UM
HOSPITAL GERAL**

Maria Isabel Cabral Martins

Porto, 2019

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Orientador

Professor Doutor José Carlos Marques de Carvalho

Coorientador:

Professora Doutora Maria Júlia Costa Marques
Martinho

Autora

Maria Isabel Cabral Martins

Porto, 2019

“Não desprezemos a palavra, afinal de contas ela é um instrumento poderoso, é o meio pelo qual transmitimos os nossos sentimentos a outros, é o nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas”

Sigmund Freud

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, avós e ao Diogo.

À memória da minha tia Aida por tudo o que significa para mim.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer ao Professor Doutor José Carlos Carvalho pelo constante apoio e estímulo no desenrolar deste trabalho científico, sobretudo nos momentos de maior apreensão e dificuldade em que a aparente solução seria desistir. Neste meu percurso, o seu apoio e conselhos foram fundamentais: por tudo isso, o meu bem-haja.

À Professora Doutora Júlia Martinho, coorientadora desta dissertação, o meu agradecimento pelo seu apoio.

À Instituição que permitiu e autorizou a realização deste estudo e aos colegas que participaram de forma voluntária, sem o vosso contributo este estudo não seria possível.

Aos meus pais e aos meus avós que desde o início nunca duvidaram das minhas capacidades e sempre me apoiaram, mesmo nos momentos em que a vontade de desistir era grande. São o grande pilar da minha vida, o meu bem-haja a cada um de vocês.

Ao Diogo agradeço do fundo do coração todo o apoio que me proporcionou e, acima de tudo, por nunca ter deixado de acreditar nas minhas capacidades.

RESUMO

Introdução: Na atualidade, o doente mental ainda é visto como um indivíduo diferente dos outros, sendo considerado agressivo para si e para os demais, não sendo capaz de assumir um projeto de vida. Atitudes estigmatizantes face à doença mental estão associadas a diversas suposições, essencialmente provocadas pelos *media*, que resultam na ideia de que o doente mental é “perigoso”, “louco”, “maníaco”, “homicida”, etc. A presença de estigma resulta em diferentes efeitos adversos que comprometem a saúde e o bem-estar dos doentes, como é o caso da diminuição da autoestima, maior fragilidade na adaptação social, desemprego, falta de esperança, consequências psicológicas, diminuição do suporte social e compromisso com a terapêutica.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional que tem como objetivo analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos profissionais de saúde contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental e, como objetivos específicos, pretende-se comparar as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental em função dos diferentes serviços hospitalares, relatar as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental e verificar associações entre as variáveis sociodemográficas, as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde em estudo. Foram utilizados como instrumentos de avaliação o questionário sociodemográfico, a Escala de Opiniões acerca da Doença Mental e a Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4), sendo que a amostra do estudo é de 96 profissionais de saúde. Ao longo da investigação os princípios éticos estiveram presentes e foram respeitados, na medida em que cada participante colaborou de forma voluntária no estudo em questão.

Resultados e Discussão: A análise dos resultados demonstra que a influência dos dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental não é estatisticamente significativa. A maioria dos profissionais manifestou, em geral, desacordo quando questionados sobre a existência de estigma nas suas profissões e nas suas ideias e atitudes em face dos indivíduos com doença mental. Os mesmos inquiridos manifestaram ainda desacordo ou acordo ligeiro no que respeita à existência de estigma face à doença mental.

Conclusões: Apesar do estigma na doença mental ser um tema pertinente e atual, uma vez que influencia os cuidados prestados ao doente, este estudo demonstra que, entre os profissionais de saúde inquiridos, não se verificam crenças nem atitudes neste sentido. Em suma, apesar do estigma na doença mental ser um tema pertinente e atual, considerando que influencia os cuidados prestados ao doente, este estudo demonstra que, entre os profissionais de saúde inquiridos, não se verificam atitudes estigmatizantes

Palavras-chave: Doença Mental, médicos, enfermeiros, opiniões, estigma.

ABSTRACT

Introduction: Currently, the mentally ill is still seen as a different individual from others, being considered aggressive to themselves and others, not being able to take on a life project. Stigmatizing attitudes towards mental illness are associated with various assumptions, essentially brought about by the media, which result in the idea that the mentally ill is 'dangerous', 'crazy', 'maniacal', 'homicidal', etc. The presence of stigma results in different adverse effects that compromise the health and well-being of patients, such as decreased self-esteem, greater fragility in social adaptation, unemployment, hopelessness, psychological consequences, decreased social support. and commitment to therapy.

Methodology: This is a quantitative, descriptive and correlational study that aims to analyze how the beliefs, opinions and attitudes of health professionals contribute to the reduction or increase of stigma in mental illness, and as specific objectives are intended to comparing the opinions and attitudes of health professionals regarding mental illness according to the different hospital services; report the opinions and attitudes of health professionals regarding mental illness and verify associations between sociodemographic variables, the opinions and attitudes of health professionals under study. The sociodemographic questionnaire, the Mental Illness Opinion Scale and the Clinical Attitudes Scale (MICA-4) were used as assessment instruments, and the study sample consisted of 96 health professionals. Throughout the investigation the ethical principles were present and were respected, as each participant voluntarily collaborated in the study in question.

Results and Discussion: The analysis of the results shows that the influence of demographic, personal and academic data on the beliefs, opinions and attitudes of professionals regarding mental illness is not statistically significant. Most professionals generally disagreed when asked about the existence of stigma in their professions and their ideas and attitudes towards individuals with mental illness. The same respondents also expressed disagreement or slight agreement regarding the existence of stigma in the face of mental illness.

Conclusions: Although stigma in mental illness is a pertinent and current theme, as it influences patient care, this study shows that, among the health professionals interviewed, there are no beliefs or attitudes in this regard. In sum, although stigma in mental illness is a pertinent and current theme, as it influences patient care, this study demonstrates that among the health professionals surveyed there are no stigmatizing attitudes.

Keywords: Mental Illness, doctors, nurses, opinions, stigma.

ABREVIATURAS

EODM – Escala de Opiniões acerca da Doença Mental

MICA – Mental Illness Clinic Atitudes

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

UCP-EDP – Enfermagem Disciplina e Profissão

ÍNDICE

1. CONCEITOS.....	12
1.1 Saúde Mental/ Doença Mental	12
1.2 Estigma na doença mental	15
1.3 Consequências do estigma.....	25
1.4 O Papel do enfermeiro especialista em saúde mental e o estigma associado.....	27
2. ESTUDO EMPÍRICO	37
2.1 Metodologia	37
2.2 Contexto e justificção	38
2.3 Objetivos do estudo.....	39
2.4 Questões de investigação	39
2.5 População e amostra	40
2.6 Procedimento de colheita de dados.....	40
2.7 Instrumentos de avaliação	41
2.7.1 Questionário sociodemográfico	42
2.7.2 Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4).....	43
2.7.3 Escala de Opiniões acerca da Doença Mental (EODM)	43
2.8 Considerações éticas	44
2.9 Análise e tratamento de dados	45
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	66
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	77
6. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM	79
CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	90
ANEXO 1 - INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	92
ANEXO 2 - CONSENTIMENTO INFORMADO E PEDIDO DE COLABORAÇÃO.....	101
ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	106

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – IDADE	49
TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO- DA AMOSTRA – SEXO.....	50
TABELA 4: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – FORMAÇÃO ACADÉMICA	52
TABELA 6: TOTAL ESCALA MICA-4	55
TABELA 7: CORRELAÇÃO ENTRE O TOTAL DA ESCALA MICA E IDADE DOS INQUIRIDOS	56
TABELA 8: TOTAL ESCALA MICA-4 POR SEXO, CATEGORIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO.....	57
TABELA 9: TOTAL ESCALA MICA-4 POR SERVIÇO	57
TABELA 10: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – IDADE	58
TABELA 11: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA - SEXO	58
TABELA 12: CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS, CATEGORIA PROFISSIONAL E ESPECIALIDADE	59
TABELA 13: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – FORMAÇÃO ACADÉMICA.....	60
TABELA 14: ESTATÍSTICA DESCRITIVA – DIMENSÕES EODM - GLOBAL.....	60
TABELA 15: ESTATÍSTICA DESCRITIVA – DIMENSÕES EODM – INDIVIDUAL.....	61
TABELA 16: CORRELAÇÕES – DIMENSÕES EODM	62
TABELA 17: TOTAL EODM POR DIMENSÃO E SEXO.....	63
TABELA 18: TOTAL EODM POR DIMENSÃO E HABILITAÇÕES.....	63
TABELA 19: TOTAL EODM POR DIMENSÃO E SERVIÇO	64
TABELA 20: TOTAL EODM POR DIMENSÃO E FORMAÇÃO	65
TABELA 21: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
TABELA 22- ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES ESTUDOS COM BASE NOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: MICA-4 E EODM.....	75

INTRODUÇÃO

Para que exista qualidade de vida no indivíduo, o bem-estar e a saúde mental são pontos fulcrais e críticos que influenciam a sua vida e a sua produtividade na sociedade. A discriminação e o estigma são dos principais obstáculos para a existência de saúde mental positiva, para além de que afeta diversos aspetos do seu quotidiano (Zahid *et al.*, 2017).

Durante séculos, os doentes portadores de doença mental foram rejeitados e considerados perigosos e loucos, afastados da própria família e, na maioria das vezes, tornavam-se mendigos ou ficavam internados num hospital psiquiátrico (Martins *et al.*, 2011).

Este tipo de pensamento e comportamento levou ao aparecimento do estigma, permitindo a exclusão dos doentes e colocando-os em posições diferentes dos restantes indivíduos, interferindo, desta forma, nas relações interpessoais. Atualmente, a presença de estigma por parte da sociedade é, de igual forma, verificada (Martins *et al.*, 2011).

Dois dos grandes obstáculos identificados na sociedade que influenciam a integração do indivíduo são a discriminação e o estigma da doença mental. De forma a contornar e reduzir o estigma existente, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na medida em que apresentam maior responsabilidade e um maior contacto com doentes mentais (Angelman *et al.*, 2008).

O estigma corresponde à discriminação de um indivíduo, à rejeição e à exclusão do mesmo de determinadas áreas na sociedade. Segundo estudos científicos, na República Checa, em comparação com a população em geral, a classe médica não demonstra atitudes negativas face aos doentes portadores de doença mental, verificando-se cenário idêntico na Austrália, isto é, os profissionais de saúde mental não apresentam atitudes negativas nem estigmatizantes face ao doente mental em comparação com a população em geral (Chang *et al.*, 2017).

Com base neste tipo de resultados, poder-se-á atribuir uma justificação viável, ou seja, tendo em conta que os profissionais de saúde apresentam um vasto conhecimento das doenças mentais e existe um maior contacto quer pessoal quer profissional com este tipo de doentes, poderão surgir atitudes positivas e sem a presença de estigma. Apesar destes resultados positivos, existem estudos contraditórios que afirmam que, maioritariamente, os profissionais de saúde apresentam opiniões e atitudes negativas face ao doente mental comparativamente com a população em geral (Chang *et al.*, 2017).

A investigação sobre este tema tem vindo a aumentar e comprova que o estigma da doença mental está presente em todo o mundo. As conclusões são evidentes, as atitudes que cada um de nós tem pode influenciar a forma de estar do doente mental (Angelman *et al.*, 2008).

Existem estereótipos negativos associados aos doentes mentais, nomeadamente a presença de agressividade, a falta de autocontrolo, a transmissão, por parte do doente, de uma imagem que não é normal, ou não está de acordo com os parâmetros da sociedade, e apresentam-se como indivíduos imprevisíveis (Angelman *et al.*, 2008).

Indivíduos com doença mental, grande parte das vezes, experienciam atitudes negativas por parte de outras pessoas que não apresentem este tipo de doença. Através deste tipo de atitudes, o próprio doente isola-se, podendo, consequentemente, surgir sintomas de depressão, piorando a sua qualidade de vida (Angelman *et al.*, 2008).

A presença de estigmatização na sociedade diminui diversas oportunidades para todos aqueles que são estigmatizados, nomeadamente doentes mentais. Por vezes não têm possibilidade de arranjar um emprego ou mesmo participar na sua vida familiar devido a esta situação (Hinshaw e Stier, 2008 *cit. por* Figueiras, 2016).

Na população em geral é notória a presença de atitudes negativas e estigmatizantes face à doença mental. Nas últimas décadas, note-se, não existem diferenças significativas em relação à diminuição do estigma (Jacobsson *et al.*, 2014).

Para além da população em geral, dentro da classe de enfermagem existem atitudes negativas e estigmatizantes face ao doente portador de doença mental e, comparativamente à restante população, existe uma percentagem elevada de enfermeiros que mantém este tipo de atitudes face ao doente.

A escolha deste projeto prende-se com o facto de que, durante o exercício da minha profissão enquanto enfermeira, me tenho deparado, por diversas vezes, com indivíduos com doença mental que não a assumem comparativamente a outras patologias. Este tipo de atitude poderá dever-se ao receio e ao medo que apresentam de serem descriminados pela sociedade. Verifica-se que o estigma associado à doença mental por parte dos profissionais de saúde existe, pelo que se torna pertinente perceber de que forma as opiniões dos profissionais de saúde contribuem ou não para o aumento do estigma.

Este estudo será realizado no âmbito da dissertação de mestrado do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESEP e insere-se no projeto de investigação da ESEP (NursID CINTESIS) denominado REFAMIS – Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde.

O projeto REFAMIS encontra-se associado ao desenvolvimento de conhecimento na área da enfermagem, sendo que os focos da sua atenção são os serviços de saúde e a formação universitária. Posto isto, o projeto pretende averiguar a estigmatização existente em diversas doenças, de forma a compreender se existe uma relação com fatores predisponentes à autogestão e à autoeficácia da doença e a criação de estratégias com o intuito de capacitar o doente ou os familiares de forma a promover a sua autoeficácia (Martinho *et al.*, 2015).

Como objetivo pretende-se analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental.

Como objetivos específicos pretende-se comparar as opiniões e atitudes profissionais de saúde face à doença mental em função dos diferentes serviços hospitalares, relatar as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental e verificar associações entre as variáveis sociodemográficas e as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde em estudo.

Tendo em conta o contexto profissional, surgem diversas questões de investigação que estão relacionadas com as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental, sendo elas:

- ✓ “Quais as diferenças existentes, no que toca às atitudes e crenças estigmatizantes dos profissionais de saúde, entre os diferentes serviços do Hospital Geral?”
- ✓ “Existem crenças e/ou atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde face à doença mental?”
- ✓ “Existe alguma relação entre os dados sociodemográficos dos participantes e as crenças e atitudes estigmatizantes face à doença mental?”
- ✓ “Existe diferença significativa entre os profissionais de saúde face ao estigma da doença mental?”

A investigação em questão é característica de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional.

A população em estudo é composta por profissionais de saúde a exercer funções nos departamentos de medicina (serviços A e B) e no departamento de anestesiologia (serviço C). A amostra será de conveniência não probabilística e é composta por 96 profissionais de saúde de um Hospital Geral.

Face ao exposto, a dissertação será composta por três capítulos: o primeiro capítulo corresponderá ao enquadramento teórico, o segundo capítulo relaciona-se com o estudo empírico e o terceiro capítulo corresponde à análise e discussão de resultados.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CONCEITOS

De forma a tornar-se mais acessível a compreensão do fenómeno que nos propusemos aprofundar, apresentar-se-á uma abordagem de cada um dos conceitos que suportam a problemática que constitui o estigma na doença mental.

1.1 Saúde Mental/ Doença Mental

A saúde mental, para além de envolver condições e características intrapessoais, também influencia a relação de cada indivíduo com o meio envolvente. Desta forma, existem aspetos que poderão ser facilitadores ou dificultadores à saúde mental, nomeadamente os amigos, o trabalho, a família e a comunidade em geral (Violante, 2012).

A experiência na maioria dos países é que o desenvolvimento de serviços comunitários para a saúde mental é um processo complexo que enfrenta várias barreiras importantes. Algumas dessas barreiras existem ao nível das políticas e podem ocorrer quando há falta das mesmas e de legislação adequada à saúde mental. De igual modo, os orçamentos são insuficientes ou quando há discriminação processual contra pessoas com transtornos mentais, em termos de limitação ou falta de seguro de saúde. Outras barreiras são encontradas ao nível do sistema de saúde e incluem: dificuldades em libertar recursos das grandes instituições (que absorvem a maior parte do financiamento disponível), resultando em investimento insuficiente em serviços comunitários; falta de integração dos serviços de saúde mental com o sistema geral de saúde; falta de integração entre saúde mental e sistemas de assistência social, incluindo má coordenação com o bem-estar e emprego; falta de parceria coordenada que trabalhe entre serviços estatutários e não estatutários de saúde mental, incluindo os setores voluntário e independente; e formação inadequada da equipa de saúde (Almeida e Killaspy, 2011).

A saúde mental não corresponde apenas à ausência de doença ou sintomas, mas também à capacidade que o indivíduo tem para enfrentar obstáculos, ser resiliente face a cada adversidade, demonstrar interesse nas questões sociais e na promoção da paz e estabilidade em cada comunidade (Palha e Palha, 2016).

No que concerne aos objetivos da Carta das Nações Unidas (ONU) e aos acordos internacionais associados, existe uma legislação de saúde mental que se refere aos Direitos Humanos. Desta forma, destacam-se princípios e direitos fundamentais, a saber: a

autonomia individual, a igualdade, o direito à privacidade, a não discriminação, o direito à informação e à participação e a liberdade de tratamento degradante e desumano. Assim sendo, a legislação de saúde mental torna-se uma ferramenta essencial para consolidar todos os princípios e valores fundamentais (OMS, 2005).

No que toca à definição de doença mental não existe uma definição consensual do ponto de vista científico, filosófico e clínico. Quando se está perante sentimentos, pensamentos e comportamentos correspondentes a sintomas da doença, e tendo em conta as conexões entre a mente, o comportamento e o cérebro, torna-se mais difícil a elaboração de uma definição em concreto (Oliveira e Azevedo, 2014).

A perturbação mental é definida como uma deturpação das emoções e pensamentos gerados por deterioração do funcionamento psicossocial que depende inteiramente de fatores psicológicos, biológicos e sociais (Oliveira e Azevedo, 2014).

O Homem lida com a doença mental desde há vários séculos, mas só atualmente é que existe uma maior preocupação, na medida em que a doença mental tem vindo a aumentar os seus números de casos ao longo dos últimos anos, nomeadamente ao nível da sintomatologia psiquiátrica e das manifestações psicossomáticas (Violante, 2012).

Existe um aumento de perturbações mentais nos cuidados de saúde primários desde 2011, sendo que as doenças que se destacam são as perturbações depressivas, as perturbações de ansiedade e as demências. Até 2020 existirá uma tendência de aumento, nomeadamente nas perturbações depressivas e de ansiedade, de cerca de 25%. Geograficamente falando, é verificável um aumento deste tipo de perturbações na Região Centro e no Alentejo (PNSM, 2017).

Torna-se preocupante o facto de os últimos dados epidemiológicos colhidos na última década referirem que cada vez mais as perturbações psiquiátricas e os problemas associados à saúde mental são a causa número de morte prematura, morbilidade e incapacidade (PNSM, 2017).

Relativamente à revisão do estudo Global Burden Disease, em 2010 a depressão já era considerada a terceira causa de carga global de doença, sendo considerada a primeira nos países desenvolvidos. Está previsto, no ano 2030, este tipo de perturbação mental tornar-se na primeira causa a nível mundial, agravando, de igual forma, a percentagem de parassuicídio e suicídio (PNSM, 2017).

A World Mental Health Survey Initiative confirmou a importância do PNSM 2007-2016, sendo que o primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental se realizou neste âmbito. Portugal é o país da Europa com uma maior prevalência de perturbações mentais, sendo que ainda existe um défice no que toca ao acesso aos cuidados de saúde mental, nomeadamente a reabilitação psicossocial e programas de tratamento que atualmente são benéficos para o doente mental (PNSM, 2017).

A presença de doença mental num indivíduo poderá ter consequências a nível individual, do grupo e da própria comunidade onde se encontra inserido, podendo, desta forma, influenciar os papéis sociais que lhe são atribuídos (Violante, 2012).

Devido ao aumento do investimento na investigação da patologia psiquiátrica, foi possível aumentar o interesse relativamente a esta temática, nomeadamente em termos da mortalidade e morbilidade associada, bem como o impacto socioeconómico, tendo como ponto de partida a negligência que existiu durante tantos anos nesta temática (Violante, 2012).

Ao longo dos últimos anos já se tornou mais evidente que a patologia psiquiátrica pode afetar qualquer indivíduo, assim como todas as pessoas envolvidas, tornando-se numa problemática familiar, social e económica (Violante, 2012).

Para a população em geral existem certos conceitos que apresentam ligação e tornam-se interdependentes, nomeadamente a saúde física, mental e social. Este tipo de ligação permite compreender qual a importância da mesma, tornando-se cada vez mais evidente que a saúde mental é essencial e indispensável para o bem-estar da população, dos diversos países e sociedades (OMS, 2002).

A importância dada à saúde física é mais elevada relativamente à saúde mental, isto por diversos países. Na sua maioria os doentes são negligenciados e ignorados. Cerca de 450 milhões de indivíduos apresentam doença mental ou comportamental, sendo que este número tem vindo a aumentar drasticamente (OMS, 2002).

No que toca ao desenvolvimento de doenças mentais, os fatores psicológicos apresentam uma grande influência neste aspeto em concreto. Ao longo da infância, a relação que a criança cria com os pais irá refletir-se na sua saúde mental ao longo da vida. Existe uma maior probabilidade da criança desenvolver uma perturbação de comportamento quando não há afetividade por parte dos pais, essencialmente ao longo da infância (OMS, 2002).

Pesquisas atuais revelam que determinados eventos, nomeadamente os produtores de stress, estão presentes no decorrer da vida de cada indivíduo, nomeadamente separações, internamentos, roubo, mudança de habitação, entre outros. Este tipo de eventos poderá influenciar e potenciar o processo de adoecimento dos indivíduos, provocando o aumento do número de casos e/ou o agravamento dos casos já existentes (Shapero *et al.*, 2014 cit. por Silva *et al.*, 2015).

É possível constatar que existe uma associação deste tipo de eventos com determinadas condições de saúde, nomeadamente com a saúde mental, que poderá incluir diversos transtornos psiquiátricos, nomeadamente transtornos de pânico e transtornos obsessivo-compulsivos. Para além deste grupo, existe outro extremamente importante que se denomina por transtornos mentais comuns (TMC) e que reúne não só os transtornos depressivos, mas também o sofrimento emocional inespecífico que se insere nos estudos comunitários (Silva *et al.*, 2015).

A compreensão da doença mental pela ciência e pela sociedade passou, ao longo dos séculos, por grandes alterações, sendo que varia entre concepções no imaginário social, diferentes sentidos ou significados. As concepções e os sentidos, ao longo das diferentes épocas, foram-se adequando às estruturas sociais das mesmas e a forma de tratamento dos indivíduos portadores de doença mental atravessou diversas adaptações e alterações (Silva *et al.*, 2015).

No processo de recuperação, este corresponde a um fator multidimensional que permite maximizar a esperança do indivíduo com doença mental relativamente ao seu futuro, permitindo, desta forma, a promoção da autodeterminação integrada na sociedade sem sofrer os efeitos de discriminação e a promoção da autodeterminação (Azevedo e Oliveira, 2014).

1.2 Estigma na doença mental

A prestação de cuidados, de longo prazo, de saúde mental para pessoas com transtornos mentais graves tem sido, e ainda é, um dos principais desafios para a reforma dos sistemas de saúde mental nas últimas décadas, por várias razões. Em primeiro lugar, embora esses distúrbios tenham uma baixa prevalência, o impacto que eles têm sobre indivíduos, famílias e sociedades é enorme. O grupo de transtornos esquizofrénicos é o mais importante dos transtornos mentais graves, pois está associado ao maior impacto no funcionamento. A esquizofrenia tem uma prevalência pontual estimada de 0,4% e um risco de vida de 1%, ou

seja, uma em cada cem pessoas sofrerá de esquizofrenia durante a vida (Goldner *et al.*, 2002).

É a sétima doença mais importante em termos de anos vividos com incapacidade, representando 2,8% da incapacidade causada por todas as doenças. Para pessoas dos 15 aos 44 anos, é a terceira doença mais importante, representando 4,9% da incapacidade causada por todas as doenças (OMS, 2008).

Segundo, a experiência na maioria dos países o desenvolvimento de serviços comunitários é um processo complexo que enfrenta várias barreiras importantes. Algumas dessas barreiras existem ao nível das políticas e podem ocorrer quando há falta de políticas e legislação adequadas à saúde mental, os orçamentos são insuficientes ou quando há discriminação processual contra pessoas com transtornos mentais, em termos de limitação ou falta de seguro de saúde. Outras barreiras são encontradas ao nível do sistema de saúde e incluem: dificuldades em libertar recursos das grandes instituições (que absorvem a maior parte do financiamento disponível), resultando em investimento insuficiente em serviços comunitários; falta de integração dos serviços de saúde mental com o sistema geral de saúde; falta de integração entre saúde mental e sistemas de assistência social, incluindo má coordenação com o bem-estar e emprego; falta de parceria coordenada que trabalhe entre serviços estatutários e não estatutários de saúde mental, incluindo os setores voluntário e independente; e formação inadequada da equipa de saúde (Almeida e Killaspy, 2011).

Com o aparecimento do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (PESMBE), em 2008, o bem-estar e a saúde mental de cada indivíduo na população tornou-se um elemento essencial para o sucesso da União Europeia, como sistema social e económico, no que toca ao conhecimento. A existência deste Pacto permitiu a realização de uma investigação epidemiológica sobre determinantes, causas e implicações da doença mental e da saúde, assim como uma recolha sistemática de dados essenciais na população. Para além destes aspetos, o surgimento deste Pacto permitiu desenvolver diversos serviços de saúde mental em que a sua prioridade é o indivíduo e a exclusão do estigma, de forma a divulgar a eficácia de determinadas ações em resposta aos temas prioritários (Gil, 2010).

Com o aumento de estigma, existe necessidade de colmatar esta situação preocupante, pelo que, desta forma, os profissionais de saúde mental têm desenvolvido intervenções de forma a reduzir esta estigmatização face à doença mental. Segundo o “Standard One”, os profissionais de saúde mental têm como função promover a inclusão social destes

indivíduos e combater a discriminação que influencia o bem-estar de cada doente (Lewis e Maccines, 2008).

Segundo Azevedo e Oliveira (2014), o estigma corresponde a uma imperfeição no indivíduo, sendo considerado um atributo, visível ou não. Desta forma, prejudica o indivíduo ao nível comunitário, pois não existe aceitação por parte da população levando à presença de atitudes discriminatórias. Assim, o estigma define-se como uma desaprovação social, que resulta de características presumidas, comportamentos ou crenças que não se adequam às normas impostas pela sociedade, quer dizer, normas culturais, políticas, económicas ou sociais.

A presença de estigma da doença mental permanece como tópico complexo na sociedade, visto que influencia drasticamente a vida destes indivíduos, impedindo-os de recorrerem a instituições de saúde, cuidados de saúde e tratamentos (Azevedo e Oliveira, 2014).

Para o indivíduo com doença mental, a presença de discriminação e estigma leva ao aparecimento de angústia, aumento do stress, bem como à diminuição do seu funcionamento psicossocial. Este tipo de comportamento por parte da sociedade leva a que o indivíduo manifeste tristeza, raiva e, conseqüentemente, progrida para ansiedade, baixa autoestima e depressão. Na presença deste tipo de emoções, o investimento do indivíduo no seu processo de recuperação torna-se comprometido (Azevedo e Oliveira, 2014).

Com base na Associação Mundial de Psiquiatria, a presença de estigma proporciona discriminação e exclusão social, criando um ciclo vicioso e comprometendo a qualidade de vida de cada indivíduo com doença mental, assim como dos seus familiares (Azevedo e Oliveira, 2014).

Descrito por Corrigan e Penn, em 1999, as intervenções direcionadas para combater a discriminação concentram-se em três áreas distintas: protesto, educação e contacto. Em relação ao protesto, este relaciona-se com a presença de atitudes por indignação moral e a supressão da estigmatização; a educação está relacionada com concepções mais precisas sobre a doença mental ao invés da presença de meias-verdades. Por último, temos o contacto, sendo que este se refere às interações e às atitudes públicas com os indivíduos com doença mental (Corrigan e Penn, 1999 cit por Lewis e Maccines, 2008).

Com base no PESMBE, é clarividente o aumento drástico de doenças mentais na Europa, sendo que o número estimado de indivíduos com algum tipo de doença mental ronda os cerca de 50 milhões, correspondendo a 11% da população europeia. O aparecimento de

doença mental promove ansiedade e sofrimento no indivíduo, nos familiares que o rodeiam e na própria comunidade em que se encontra inserido, visto que a presença de qualquer tipo de doença mental causa impacto no sistema laboral, económico, sanitário e social em toda a Europa, levando a uma incapacidade por parte do indivíduo e/ou da família (Gil, 2010).

Deste modo, o aparecimento de doença mental promoveu a exclusão social em associação ao estigma, sendo estes considerados fatores de risco que conduzem ao aparecimento de barreiras ao nível da procura de ajuda e relativamente ao processo de recuperação do indivíduo (Gil, 2010).

A estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou diminuída mental continua a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus fundamentais (Livro Verde, 2005).

O estigma associado à doença mental corresponde a uma discriminação do indivíduo, à desvalorização e à perda de status, isto segundo uma perspetiva psicossocial. Como consequência, existirá um estereótipo negativo face ao doente mental com base nas suas características pessoais e físicas que serão consideradas socialmente inaceitáveis (Link e Phelan, 2001 *cit. por* Ferreira *et al.*, 2015).

A saúde mental nos indivíduos portadores de doença mental é significativamente afetada pela presença de estigma por parte da sociedade. Através deste tipo de comportamento, os indivíduos poderão duvidar do valor que apresentam e poderá ocorrer uma diminuição da sua autoestima. A presença de estigma influencia de forma drástica a recuperação do indivíduo, dado que ergue uma barreira que o impede de procurar ajuda (Corrigan, 2004).

Link e colaboradores (2001) desenvolveram um estudo longitudinal cuja população envolvia indivíduos com doença mental que já tinham sido diagnosticados anteriormente. O objetivo passava por colocar diversas questões aos participantes relativamente à perceção que tinham de que a sociedade os desvalorizava, a discriminação que existia em relação a um doente mental e se, na presença de discriminação, se retiravam socialmente de forma a evitar a rejeição por parte da sociedade. Realizou-se um seguimento do estudo aos seis e aos vinte e quatro meses, sendo que os participantes que referiram que se sentiam mais discriminados e desvalorizados estiveram mais propensos a apresentar uma baixa autoestima em relação aos demais.

Cada doente portador de doença mental continua a apresentar o estereótipo de ser agressivo, violento, perigoso e imprevisível. Todavia, existe a necessidade de realizar diversos estudos que contemplem as atitudes, as crenças e as opiniões que a sociedade apresenta face às doenças mentais, já que as reproduções de imagens sobre a doença mental permanecem distorcidas (Gil, 2010).

Segundo a Psicologia Social, o termo “preconceito” associa-se a uma atitude negativa perante o indivíduo baseado numa crença que engloba características negativas. Face a este tipo de atitude existem dois componentes: o componente cognitivo, que está relacionado com a generalização categorial, e o componente disposicional, nomeadamente a hostilidade que se relaciona com todo e qualquer comportamento discriminatório (Gil, 2010).

Segundo Leite (2009), a existência do preconceito social corresponde a ideias e a atitudes rígidas envolvendo conteúdo emocional negativo e prejudicial para o doente mental, surgindo, assim, os estereótipos.

Segundo Hinsham (2007), os doentes crónicos com doença mental apresentam um maior risco de serem estigmatizados. Torna-se prejudicial o facto de o indivíduo perceber que a doença mental influencia negativamente as interações interpessoais e a presença de expectativas negativas contribui significativamente para a presença de estigma.

Verificou-se que na Europa cerca de um quinto dos indivíduos com perturbações de humor (21,7%) e quase metade dos indivíduos com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (41,7%) apresentavam níveis moderados a elevados de estigma (Elgie, 2010 *cit.* por Oliveira, 2015).

O termo “estigma” provém e é utilizado desde a Grécia Antiga, correspondendo a uma marca aplicada no indivíduo – habitualmente nos criminosos ou nos escravos – através de uma queimadura ou corte na pele, sendo que o objetivo era serem reconhecidos como tal, passando a corresponder automaticamente a indivíduos com menor valor na sociedade. À época, este tipo de conceito não estava associado diretamente ao doente portador de doença mental, mas as opiniões e atitudes estigmatizantes já eram observáveis, podendo-se observar alguns exemplos na literatura grega (Thornicroft, 2006).

Posteriormente surge o Cristianismo, sendo que nesta época a palavra “estigma”, comparativamente à Grécia Antiga, está associada às feridas presentes no corpo de Cristo, correspondendo, deste modo, ao sofrimento. Segundo a obra *Malleus Maleficarum*, de

1486-87, da autoria de dois dominicanos alemães, ao longo do período da Inquisição, o aparecimento de atitudes estigmatizantes deveu-se à perseguição, por parte de cristãos, das mulheres consideradas bruxas. Estas atitudes estigmatizantes eram interpretadas como de carácter religioso ou sobrenatural contrariamente à doença física (Thornicroft, 2006).

Na Época Medieval, os leprosos tornaram-se vítimas de marginalização social e exclusão devido às suas características físicas provocadas pela doença. Após o desaparecimento da lepra, a exclusão social e as atitudes de estigmatização foram visíveis nos doentes mentais. Torna-se relevante referir que qualquer indivíduo com doença mental, assim como de doença física (ex. sífilis ou lepra), ao longo da Época Medieval foi excluído socialmente, contribuindo, desta forma, para a estigmatização (Thornicroft, 2006).

Durante o século XV, um dos pontos fulcrais na época foi a criação de diversos asilos para os doentes mentais, sendo que o primeiro asilo foi criado na Europa, em Valência, corria o ano de 1409. Conquanto, o conceito de asilo, ao longo do tempo, foi-se desviando do objetivo principal, uma vez que os doentes mentais se encontravam a coabitar com sem-abrigo e criminosos e as condições em que se encontravam, tanto ao nível da alimentação como da higiene, eram degradantes (Anthony *et al.*, 2002 *cit.* por Barbosa, 2010).

No início do século XX, nos Estados Unidos da América, o objetivo principal passava por melhorar as condições de atendimento a todos os indivíduos com doença mental, tendo-se criado, para alcançar essa meta, o movimento com o nome de “Higiene Mental”, cuja finalidade era integrar a Psiquiatria na comunidade. Com o desenvolvimento deste movimento foi possível criar diversos métodos, quer primários, secundários ou terciários, da doença mental e, posteriormente, lançar as bases da Psiquiatria Comunitária (Melo, 1981 *cit.* por Marques, 2007).

A partir do século XX, Goffman foi um dos precursores no que toca aos processos de estigmatização e suas consequências, sendo que nesta altura o estigma era estudado de forma aprofundada. Na presença de estigma é atribuída uma marca discriminatória ou uma característica distinta a um grupo, normalmente minoritário, permitindo, assim, a privação de privilégios e de direitos que lhe deveriam estar associados (Goffman, 1963).

Segundo Goffman (1963), o estigma poderá estar associado a diversos aspetos, nomeadamente o carácter de cada indivíduo (crenças, orientação sexual, vícios), anormalidades do corpo (deformidades físicas) e aspetos coletivos (religião, nação e raça). No entanto, existe um outro modelo explicativo que distingue dois tipos de estigma: o estigma visível e o invisível. No que toca ao estigma visível, este associa-se àquilo que é

sentido por cada indivíduo que possui uma característica em específico, quando a característica é revelada indireta ou diretamente estamos, então, perante o estigma invisível.

A criação de normas por parte de grupos sociais leva à criação de infrações, na medida em que os indivíduos infratores são rotulados como sendo diferentes dos restantes grupos. Posto isto, de acordo com Becker, o estigma corresponde a uma consequência da aplicação de normas sociais e não à atitude do indivíduo (Becker, 1963).

O estigma corresponde a uma relação entre o estereótipo e o atributo, quer dizer, é uma característica (atributo) que aproxima o indivíduo de características indesejáveis, especificamente do estereótipo. Desta forma, quando um indivíduo possui uma característica considerada desviante do padrão social existirá estigmatização nesta situação. De acordo com este autor, existem quatro dimensões inseridas no modelo de estigma, sendo elas: visibilidade da característica estigmatizante na sociedade, evolução e duração dessa característica, interferência dessa característica nas relações interpessoais do indivíduo e as reações subjetivas perante a característica estigmatizante (Hinshaw, 2007).

Goffman e Reingold propuseram diversos tipos de estigma alterando para cinco grupos, que são: as anormalidades estruturais, ou seja, o que esteja relacionado com problemas corporais ou faciais; anormalidades funcionais, isto é, do foro mental, motor, físico, linguístico, auditivo, entre outros; comportamentos, nomeadamente o abuso de substâncias ilícitas e de substâncias lícitas, abuso sexual e homossexualidade; e, por último, as doenças contagiosas, das quais se destacam Doenças Sexualmente Transmissíveis, doenças contagiosas, nomeadamente a tuberculose e a SIDA e outro tipo de doenças, por exemplo as neoplasias (Goffman e Reingold, 2001 *cit. por* Barbosa, 2010).

Link e colaboradores (2001) criaram um modelo constituído por quatro elementos com o intuito de procurar descrever o processo de estigmatização. Desta forma, os quatro componentes essenciais são: as criações de rótulo no indivíduo, ou seja, características específicas serão percecionadas de forma diferente; a criação de estereótipos, isto é, associar as diferenças detetadas no indivíduo a características indesejáveis; a separação, onde ocorre a distinção entre um grupo considerado “normal” e maioritário de um grupo rotulado pela sociedade como diferente; e, por último, a descriminação e a perda de estatuto do indivíduo que engloba a rejeição, a exclusão e a desvalorização. Para além

destes componentes, este modelo integra a componente de reações emocionais que poderá estar relacionado com cada um dos componentes referidos anteriormente.

A presença de estigma pressupõe uma marca que corresponde a um defeito no indivíduo ou grupo de indivíduos, revelando controlo por parte da sociedade (Cancro e Meyersen, 2002).

Numa outra perspetiva, o processo de estigmatização foi dividido em cinco dimensões, com o objetivo de se compreender melhor, sendo elas: natureza das populações estigmatizadas, natureza da condição, fontes que criam ou perpetuam o estigma, estratégias de combate e os tratamentos. No que toca à natureza das populações estigmatizadas, esta dimensão reflete o tipo de sociedade em que vivem estas populações; a natureza da condição foca-se na compreensão da condição em si; relativamente às fontes que criam ou perpetuam o estigma, estas relacionam-se com as regras sociais, escolares e as atitudes presentes na sociedade; as estratégias de combate focam-se na forma como cada indivíduo lida com as suas dificuldades diárias e com o estigma associado. Finalmente, os tratamentos envolvem a perceção dos que são indicados para cada indivíduo estigmatizado (Cancro e Meyersen, 2002).

O estigma poderá ser dividido em dois sub-tipos: o autoestigma, que está relacionado com a perceção do estigma pelo doente, e o estigma da população em geral ou público que se relaciona com o objetivo deste trabalho. Perante o doente mental, os dois sub-tipos de estigma atuam em níveis diferentes, mas incorporam três componentes que constituem o paradigma psicológico-social: preconceito, estereótipo e discriminação (Corrigan e colaboradores, 2003).

Realizou-se um estudo em Portugal, com 834 indivíduos do concelho de Penacova, em que o objetivo se focava no conhecimento das crenças e atitudes da população face ao doente mental. Relativamente aos resultados obtidos, estes basearam-se na perigosidade e na crença de incurabilidade da doença mental. Como conclusão do estudo verificou-se que as crenças mais valorizadas correspondiam ao reconhecimento da doença mental e à doença como condição médica. Por outro lado, a crença na doença responsável pela discriminação e pelo estigma é a que apresenta um valor inferior. Todavia, a crença correspondente à perigosidade e incurabilidade obteve valores elevados (Loureiro *et al.*, 2008).

Num outro estudo científico, o principal objetivo passava por analisar como dois tipos de programa de educação pública influenciavam a perceção da população em relação à doença mental e o seu potencial para a violência. Como resultados, o investigador concluiu

que existe a possibilidade de agregar o sentimento de pena perante o doente mental e as atitudes autoritárias. Desta forma, verificou-se que os participantes que apresentavam valores elevados de pena eram defensores da disponibilização de recursos para tratamento compulsivo. Por outro lado, existiam participantes que defendiam que os serviços relacionados com a saúde mental deveriam ser coercivos, isto é, deveriam obrigar o doente a submeter-se ao tratamento, e segregativos, centralizando os doentes mentais em serviços fora da comunidade (Corrigan *et al.*, 2004).

Na existência de estigma público este refere-se à presença de um estereótipo relacionado com a existência de crenças negativas acerca de uma população em específico, como por exemplo a incompetência, a perigosidade ou a fragilidade na personalidade. Ocorre o aparecimento do preconceito quando existe uma reação negativa como medo ou raiva pelo indivíduo ou uma aceitação dessa crença como verdade absoluta (Corrigan *et al.*, 2003).

Existe outro tipo de comportamento que é designado por discriminação. Este comportamento, em particular, funciona como resposta ao preconceito, na medida em que o indivíduo não presta apoio se houver necessidade, oportunidades de empregabilidade ou mesmo de alojamento. Numa outra perspetiva, o autoestigma envolve o indivíduo e as crenças negativas que tem acerca de si próprio, nomeadamente a fragilidade da sua personalidade (estereótipo) e a sua incompetência. Para além disto, o indivíduo apresenta uma baixa autoestima juntamente com reações emocionais negativas, uma redução na sua autoeficácia e a nível comportamental não procura qualquer tipo de oportunidade como, a título de exemplo, entrevistas de emprego (Corrigan *et al.*, 2003).

Em suma, é possível concluir que existem vários modelos explicativos e várias definições associadas ao conceito de estigma, na medida em que cada definição diz respeito às características específicas de cada situação. A existência de diversas definições para o conceito de estigmatização pode dever-se ao facto deste tema ter diferentes influências de diversas áreas, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, entre outras. Desta forma, cada investigador formula a sua definição de acordo com a sua orientação teórica, resultando em diferentes visões sobre o tema em questão. Atualmente são vários os autores que procuram uma definição para este processo considerado complexo, sendo que a literatura existente é vasta (Barbosa, 2010).

O autoestigma poderá estar presente nos indivíduos com doença mental, sendo que se consideram prejudiciais, apresentam estereótipos e discriminação face a elas próprias (Corrigan e Watson, 2002).

O estigma é definido como a presença de estereótipos que levam ao aparecimento de discriminação numa determinada sociedade (Ritscher e Phelan, 2004).

Desta forma, o estigma engloba vários níveis de interação, nomeadamente a institucional (estigma estrutural), a interpessoal (estigma social) e a individual (auto estigma) (Livingston e Boyd, 2010).

Relativamente ao estigma estrutural, este ocorre ao nível macro, isto é, poderá existir nas regras, nas políticas e nas práticas das entidades públicas e privadas, visto que a autoridade pode limitar e controlar as oportunidades e os direitos dos indivíduos de grupos minoritários) (Corrigan *et al.*, 2004).

Em contrapartida, o estigma interpessoal corresponde a um fenómeno em que a discriminação da população em geral está presente e diversos grupos sociais estão contra os indivíduos estigmatizados (Corrigan *et al.*, 2009).

O autoestigma corresponde a um processo sequencial com diferentes estadios que se denomina por “três A’s”, nomeadamente: consciência estereotipada, entendimento e aplicação a si mesmo (Corrigan *et al.*, 2009).

Segundo a literatura, quando um indivíduo apresenta uma crença em relação a um assunto em específico ou uma ideia em particular significa que existe um julgamento subjetivo por parte do mesmo, permitindo estabelecer uma relação de compreensão entre o mundo que o rodeia e o indivíduo. Posto isto, o indivíduo acredita que essas proposições sejam verdadeiras, afastando-o, de certa forma, do conhecimento, o qual possui um carácter objetivo (Budd *et al.*, cit por Pais-Ribeiro, 2011).

Nos primeiros estádios de desenvolvimento do indivíduo, este desenvolve diversas crenças relacionadas com as ideias que apresenta sobre o mundo, sobre as pessoas que o rodeiam e sobre si mesmo. Torna-se relevante devido ao facto de organizar as experiências que apresenta de forma coerente com o objetivo de se adaptar. A presença de crenças poderá estar relacionada com a influência que os outros têm no indivíduo, as interações com o mundo e a predisposição genética (Beck, 2013 *cit.* por Bez e Rauen, 2016).

1.3 Consequências do estigma

A diminuição da autoestima no doente mental é uma das consequências da presença de atitudes estigmatizantes, para além de que o indivíduo não tem confiança em si próprio. Enquanto a maioria dos profissionais de saúde entra no campo da saúde com boas intenções (Burks *et al.*, 2012), também é verdade que apoiam estereótipos e discriminam pessoas com doenças mentais e problemas de abuso de substâncias.

De facto, as pessoas com doenças mentais e as suas famílias frequentemente relatam estigma e discriminação nas suas interações no sistema de saúde (Pinfold *et al.*, 2005). Profissionais de saúde mental, conscientes do estigma na comunidade, têm estado na vanguarda dos programas públicos de redução do estigma (Crispe *et al.*, 2005).

Contudo, evidências de atitudes e comportamentos negativos em relação às pessoas com doença mental entre os profissionais de saúde demonstram a necessidade de implementar estratégias para reduzir o estigma no campo da saúde (Wahl e Aroesty-Cohen, 2009).

A presença de estigma contribui para o aparecimento de discriminação relativamente ao trabalho do indivíduo, ou seja, não existem oportunidades de emprego, a presença de discriminação estrutural, nomeadamente a disponibilidade de recursos para tratamento ou pesquisa (Phelan *et al.*, 2001).

De acordo com o estudo de Phelan e dos seus colaboradores (2001), o objetivo principal centra-se na aplicação de uma teoria psicológica social associando o estigma à autoestima do indivíduo (Phelan *et al.*, 2001).

Neste estudo em particular, os autores utilizaram a teoria do estigma e constaram que os indivíduos, desde crianças, desenvolvem ideias específicas em relação à doença mental de acordo com as suas vivências, as relações pessoais e os media. Tendo por base estas ideias, cada indivíduo cria determinadas expectativas no que toca à rejeição de um amigo, de um vizinho, de um empregado, de um companheiro íntimo, caso apresente doença mental. Para além disso, a presença de estigma leva a que existe menos confiança (Phelan *et al.*, 2001).

A presença de estigma na doença mental acarreta diversas consequências, nomeadamente fraco suporte social, diminuição da autoestima, desemprego, falta de habitação própria, tornando-se obstáculos para o processo de recuperação do indivíduo. Outro aspeto importante relaciona-se com as expectativas de estigma, isto é, o autoestigma, porque influencia drasticamente o núcleo familiar e leva a um comprometimento das interações

sociais devido ao facto do paciente desejar manter em segredo a sua condição como doente mental (Azevedo e Oliveira, 2014).

Para um indivíduo sem contacto com a doença mental e que nunca experienciou um internamento num hospital psiquiátrico, toda e qualquer crença associada não tem valor. Por outro lado, para um indivíduo portador de doença mental as crenças associadas têm significado, já que conduz a que exista receio por parte do doente e rejeição e desvalorização pela sociedade (Phelan *et al.*, 2001).

Uma das consequências da presença de estigma é o receio que o indivíduo tem em ser rejeitado pela restante população. Torna-se desanimador e ameaçador para o indivíduo portador de doença mental saber que a restante população tem receio de estar perto dele. Indivíduos que permaneceram hospitalizados por apresentarem uma doença mental terão maior receio de serem rejeitados, poderão evitar o contacto e agirão de uma forma defensiva em relação à restante população. Posto isto, a interação social fica comprometida dada a presença de fatores estigmatizantes, promovendo no indivíduo uma diminuição da sua satisfação com a vida e o próprio desemprego (Phelan *et al.*, 2001).

Quando estas atitudes estigmatizantes comprometam a vida do indivíduo, um dos fatores que afeta a autoestima é o facto do indivíduo se rever menos digno e capaz que os restantes (Phelan *et al.*, 2001).

Existe apenas um estudo científico que observou a ligação que existe entre o estigma e a autoestima dos indivíduos portadores de doença mental. Obteve como resultados que a presença de atitudes estigmatizantes proporciona a autodepreciação no doente mental, sendo que, posteriormente, cria um comprometimento ao nível de sentimentos sobre a sua vida (Phelan *et al.*, 2001).

As atitudes dos profissionais de saúde em relação a pessoas com transtorno de personalidade, abuso de substâncias entre outros, são especialmente prejudiciais. Pessoas com transtorno de personalidade limítrofe são frequentemente vistas como manipuladoras (Schulze, 2007), não merecedoras, irritantes e difíceis (Thornicroft *et al.*, 2007), levando alguns profissionais de saúde mental a excluir essa população em tratamento (Henderson *et al.*, 2014).

Os indivíduos que se automutilaram relataram sentir-se punidos por profissionais de saúde (Thornicroft *et al.*, 2007) e julgadas por enfermeiros (Ross e Goldner, 2009). Enfermeiros e

equipas de emergência tendem a desviar o cuidado destes pacientes, endossando-lhes atitudes de raiva e hostilidade em relação a elas (Clarke et al., 2014).

Pacientes com problemas de uso de substâncias foram mais estigmatizados do que as pessoas com outros transtornos mentais, com estigma notavelmente mais alto direcionado aqueles com dependência de drogas (Boekel et al., 2013).

Ainda prevalece um forte ceticismo relativamente ao estigma da doença mental, para além de que a temática em questão não apresenta uma grande pesquisa. Considera-se que seria necessário um maior investimento nesta área (Phelan et al., 2001).

1.4 O Papel do enfermeiro especialista em saúde mental e o estigma associado

O Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria tem um papel fundamental perante o doente mental no sentido de aumentar o seu bem-estar, o equilíbrio e o autoconhecimento (Tavares et al. 2016).

Como enfermeiro especialista, existe necessidade de desenvolver determinadas competências, nomeadamente competências profissionais, pessoais e sociais que permitem compreender os sintomas envolvidos assim como as emoções do indivíduo (Tavares, 2011 cit. por Tavares et al., 2016).

Sendo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, o alvo de cuidados não deve ser só os sinais e sintomas da doença psiquiátrica, mas também a conjugação destes com a compreensão do indivíduo. Posto isto, o foco principal passa pela promoção da saúde mental. No diagnóstico e intervenção de enfermagem face às respostas humanas desajustadas ao processo de transição que poderão gerar sofrimento e promover o aparecimento da doença mental (OE, 2017).

A relação enfermeiro-utente na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem por base cuidados de enfermagem que progridem, levando, assim, à criação de um processo de interação terapêutica (OE, 2017).

Um dos aspetos que define a relação enfermeiro-utente é o “Processo de Avaliação Diagnóstica”. Corresponde a um processo contínuo e dinâmico e que está presente numa entrevista (Lopes, 2006 cit. por OE, 2017).

A prestação de cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve basear-se numa perspetiva holística, ou seja, avaliar o doente como um todo, colhendo dados relativos à saúde psicológica, física e sócio-cultural (OE, 2017).

Wahl e Aroesry-Cohen (2009) analisaram estudos desenvolvidos em torno das atitudes dos profissionais que prestam serviços a pessoas com transtornos psiquiátricos. Verificaram que a maioria desses estudos revelou atitudes positivas gerais entre os profissionais de saúde mental. No entanto, também foram encontradas evidências de atitudes e expectativas negativas, principalmente no que diz respeito à aceitação social de pessoas com doença mental.

A falha em encontrar resultados positivos consistentes para as atitudes dos profissionais de saúde mental e o número substancial de profissionais de saúde mental que expressam pontos de vista negativos é preocupante e desafia suposições de que estes profissionais são modelos de atitudes positivas. Destacam também as preocupações com o potencial impacto de atitudes profissionais no atendimento ao paciente. É fácil ver como as opiniões negativas expressas por muitos profissionais podem perpetuar o estigma e interferir na capacidade dos profissionais de responder de maneira útil às necessidades dos seus pacientes ou de estabelecer relacionamentos terapêuticos bem-sucedidos. É fácil ver como essas atitudes negativas podem fornecer modelos para a negatividade pública contínua relacionada a doenças mentais. Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de os profissionais de saúde mental prestarem maior atenção às suas próprias atitudes e comportamentos em relação às pessoas a quem servem.

A persistência de atitudes inconsistentes ou negativas entre os profissionais de saúde mental também parece exigir maior atenção no que toca à formação que os cuidadores de saúde mental recebem. Talvez seja necessário examinar cuidadosamente as possíveis maneiras pelas quais a formação atual de futuros profissionais de saúde mental pode criar ou reforçar atitudes negativas e estratégias que possam ajudar a gerar maior aceitação e entendimento.

Enquanto a maioria dos profissionais de saúde entra no campo da saúde com boas intenções (Burks, Youll e Durtschi, 2012), também é verdade que apoiam estereótipos e discriminam pessoas com doenças mentais e problemas de abuso de substâncias. De facto, as pessoas com doenças mentais e as suas famílias frequentemente relatam estigma e discriminação nas suas interações no sistema de saúde (Pinfold *et al.*, 2005). Profissionais de saúde mental, conscientes do estigma na comunidade, têm estado na vanguarda dos

programas públicos de redução do estigma (Crispe *et al.*, 2005). Contudo, evidências de atitudes e comportamentos negativos em relação às pessoas com as doenças mentais entre os profissionais de saúde demonstram a necessidade de implementar estratégias para reduzir o estigma no campo da saúde (Wahl e Aroesty-Cohen, 2009).

As atitudes dos profissionais de saúde em relação a pessoas com transtorno de personalidade, abuso de substâncias, entre outros, são especialmente prejudiciais. Pessoas com transtorno de personalidade limítrofe são frequentemente vistas como manipuladoras (Schulze, 2007), não merecedoras, irritantes e difíceis (Thornicroft *et al.*, 2007), levando alguns profissionais de saúde mental a excluir essa população em tratamento (Henderson *et al.*, 2014). Os indivíduos que se automutilaram relataram sentir-se punidos por profissionais de saúde (Thornicroft *et al.*, 2007) e julgadas por enfermeiros (Ross e Goldner, 2009). Enfermeiros e equipas de emergência tendem a desviar o cuidado destes pacientes, endossando-lhes atitudes de raiva e hostilidade em relação a elas (Clarke *et al.*, 2014). Pacientes com problemas de uso de substâncias foram mais estigmatizados do que as pessoas com outros transtornos mentais, com estigma notavelmente mais alto direcionado aqueles com dependência de drogas (Boekel *et al.*, 2013).

Minas *et al.* (2011) exploraram se as atitudes da equipa hospitalar para pessoas com doença mental, e a extensão de formação em saúde mental e experiência clínica, estão associados a atitudes e comportamentos diferentes em relação a um doente com doença mental ou um doente com patologia física - diabetes. O estudo foi realizado com 654 profissionais de saúde num hospital na Malásia. Entenderam que as atitudes estigmatizantes em relação a pessoas com doença mental eram comuns. Aqueles que responderam à vinheta de doença mental (N = 356) deram classificações significativamente mais baixas em cuidados e apoio e classificações mais altas em expectativas de evitar estereótipos negativos em comparação com aqueles que responderam à vinheta de diabetes (N = 298). Os resultados apoiam a visão de que, no cenário malaio, os doentes mentais podem receber atendimento diferenciado da equipa do hospital e que atitudes estigmatizantes entre os profissionais podem influenciar as suas práticas de cuidado.

Segundo Sahile *et al.* (2019), a atitude negativa e o comportamento discriminatório dos profissionais de saúde constituem um grande obstáculo nos cuidados psiquiátricos e têm sido apontados como uma questão fundamental no trabalho com doenças mentais. O entendimento sobre a atitude dos enfermeiros é crucial para a qualidade e o atendimento holístico dos serviços psiquiátricos e essencial para a integração bem-sucedida da saúde

mental na atenção primária à saúde. No entanto, existe uma escassez de estudos para examinar a atitude dos enfermeiros em relação a graves distúrbios mentais, no caso da Etiópia. Desta forma, os autores avaliaram a atitude dos enfermeiros e os fatores associados a pessoas com doença mental grave em Addis Abeba, Etiópia. Concluíram que quase metade dos participantes têm atitude negativa em relação a pessoas com transtornos mentais graves.

Alshahrani (2018) realizou uma abordagem ao estigma e discriminação na prestação de cuidados de saúde mental. O autor analisou a literatura disponível em pesquisas e avaliações em relação a este tópico, bem como os problemas enfrentados na pesquisa e as soluções propostas para esse fenómeno. Efetuada a síntese de estudos empíricos, esta revelou uma literatura emergente relacionada com as atitudes dos profissionais de saúde em relação aos doentes mentais e às consequências de informações limitadas, com foco nas perspetivas dos doentes. Concluiu que, face às tendências crescentes em vários países, existe necessidade de realizar mais estudos científicos. Futuras investigações devem preencher as lacunas existentes na literatura, no que toca às estratégias apropriadas para minimizar atitudes negativas entre os profissionais de saúde.

Al-Awdhi *et al.* (2017) relataram que o estigma influencia, negativamente o bem-estar dos doentes mentais que procuram ajuda. A atitude dos profissionais de saúde tem sido descrita como sendo mais negativa comparativamente com os doentes que apresentem doença física, o que piora o prognóstico para os indivíduos com doença mental. Neste estudo a amostra engloba 308 enfermeiros que responderam a um questionário de 40 itens sobre Atitudes comunitárias em relação aos doentes mentais. Os scores médios das subescalas autoritária (2,85), benevolente (3,66), restritiva social (2,97) e ideologia comunitária de saúde mental (3,48) refletiram uma atitude negativa dos enfermeiros em relação aos doentes. A utilização direta ou indireta das unidades de saúde mental resultou em scores na dimensão do autoritarismo e da benevolência mais altos, indicando uma mudança positiva de atitude nesse grupo de enfermeiros. Apesar do tamanho pequeno e da natureza seletiva da amostra, a atitude negativa dos enfermeiros em relação a estes doentes fornece dados úteis para novos estudos em larga escala e ressalta a necessidade de psicoeducação.

Yuan *et al.* (2017) exploraram atitudes em relação à doença mental entre profissionais de saúde mental em Singapura; fizeram comparações com a população em geral; e investigaram os correlatos significativos. As atitudes em relação à doença mental entre os

profissionais de saúde foram medidas usando um questionário, e contou com 379 participantes. Comparados com a população em geral, os profissionais de saúde mental tiveram atitudes significativamente mais positivas em relação à doença mental; no entanto, as suas pontuações em “distanciamento social” não diferiram da população em geral. Comparados aos enfermeiros, os médicos mostraram atitudes significativamente mais positivas em relação à “restrição social” e “preconceito e equívoco”. Ter familiares ou amigos íntimos diagnosticados com doença mental foi negativamente associado ao “distanciamento social” entre os profissionais. Embora os profissionais tenham atitudes significativamente mais positivas em relação à doença mental do que o público em geral em Singapura, as suas atitudes em relação ao “distanciamento social” assemelha-se muito às do público em geral. Os profissionais tendiam a ter atitudes mais negativas se fossem enfermeiros, menos instruídos e de etnia chinesa.

Investigações recentes demonstram que o estigma e a discriminação são comuns no local de trabalho do Reino Unido e têm impacto na decisão de divulgar doenças mentais. Assim, Waugh *et al.* (2017) exploraram as experiências e atitudes dos profissionais de saúde em relação a doenças mentais e divulgação no local de trabalho. Este estudo contou com entrevistas semiestruturadas a 24 profissionais de saúde, 13 deles trabalhavam em saúde mental e 11 noutros campos da saúde. Cinco temas-chave foram identificados a partir dos dados e, os resultados indicaram que os participantes tinham muita experiência com colegas com uma doença mental e que o apoio no local de trabalho a essas doenças é variável. As atitudes dos profissionais de saúde participantes em relação aos colegas com uma doença mental pareciam ser positivas; no entanto, eles relataram que outros colegas mantinham atitudes negativas. Decidir divulgar uma doença mental foi uma decisão cuidadosamente pensada, com várias vantagens e desvantagens observadas. Em particular, verificou-se que os profissionais de saúde temem o estigma e a discriminação de colegas e isso dissuadiria os participantes de revelar uma doença mental.

Cremonini *et al.* (2018) referem que os estereótipos modernos ainda retratam os doentes mentais como culpados, imprevisíveis e violentos. Esse fenómeno deprecia as necessidades das pessoas que procuram atendimento mental. O objetivo do estudo destes autores é descrever as atitudes de enfermeiros psiquiátricos e profissionais de cuidados mentais de diferentes locais de atendimento de um serviço de saúde italiano em relação aos doentes mentais e identificar os fatores associados. Os profissionais de saúde mental foram recrutados para este estudo observacional em 10 diferentes unidades de atendimento psiquiátrico italianas. Todos os profissionais de saúde estudados mostram sensibilidade e

atitude positiva em relação à doença mental. Abordagens positivas à doença mental contribuem para facilitar o atendimento terapêutico e a recuperação no atendimento centrado no paciente.

Arvaniti *et al.* (2009) investigaram os estereótipos e preconceitos de funcionários e estudantes de medicina, incluindo funcionários e estagiários, num hospital universitário, sobre pacientes com doenças mentais. Contaram com 600 indivíduos (361 funcionários, 231 estudantes) que preencheram um questionário. Os resultados mostraram que uma parte importante da amostra possuía atitudes negativas, principalmente em relação à discriminação e restrição social dos pacientes. Mulheres, funcionários mais velhos e menos instruídos, equipa de enfermagem e pessoas com maior pontuação no autoritarismo eram mais preconceituosas. Pontuações mais altas de familiaridade foram associadas a atitudes menos negativas.

Jacq, Norful e Larson (2016) referem que as atitudes adotadas pela equipa clínica em relação às pessoas que se automutilam, juntamente com os seus conhecimentos sobre a automutilação, provavelmente influenciarão a sua prática clínica e, portanto, as experiências e resultados dos pacientes. Os autores analisaram a natureza das atitudes da equipa em relação às pessoas que se envolvem em danos pessoais, incluindo os fatores que as influenciam e o impacto da formação nas atitudes, no conhecimento e no comportamento da equipa. Analisaram um total de 74 estudos e concluíram que as atitudes dos funcionários do hospital geral, especialmente os médicos, foram em grande parte negativas, principalmente em relação a indivíduos que se automutilavam repetidamente. Os pacientes que sofreram danos pessoais foram vistos mais negativamente do que outros, exceto aqueles que abusavam de álcool ou drogas. A equipa psiquiátrica em ambientes comunitários e hospitalares mostrou atitudes mais positivas do que a equipa geral do hospital. Atitudes negativas eram mais comuns entre os médicos do que a equipa de enfermagem, embora isso só acontecesse na equipa do hospital geral. A formação ativa levou a melhorias consistentes de atitude e conhecimento em todos os grupos.

Acharya *et al.* (2017) descrevem uma rede de parcerias como um exemplo de caso que aborda desafios na prestação de cuidados de saúde mental e que pode servir de modelo para configurações semelhantes. As perspetivas dos autores têm por base a integração de serviços de saúde mental num hospital público rural no Nepal. A abordagem inclui formação e supervisão de profissionais de saúde generalistas por psiquiatras externos. Isso

é possível complementando os pontos fortes e fracos dos vários grupos envolvidos: o setor público, uma organização sem fins lucrativos que presta serviços gerais de saúde e especializada em saúde mental, um conselho consultivo comunitário e centros académicos. Propõem um modelo de parceria para auxiliar na implementação de programas promissores para expandir o acesso à saúde mental em ambientes com poucos recursos. Descrevem o sucesso e as limitações do programa de saúde mental na zona rural do Nepal.

Angermeyer *et al.* (2017) realizaram uma revisão sistemática e metanálise de estudos populacionais que examinam as atitudes do público em relação a vários aspetos do atendimento psiquiátrico. Descobriram que a ajuda profissional para transtornos mentais geralmente desfrui de alta estima. Enquanto os clínicos gerais são a fonte preferida de ajuda para a depressão, os profissionais de saúde mental são os auxiliares mais confiáveis para a esquizofrenia. Se os entrevistados precisam classificar as fontes de ajuda, tendem a favorecer os profissionais de saúde mental, enquanto as perguntas em aberto produzem resultados mais favoráveis aos clínicos gerais. Psiquiatras e psicólogos / psicoterapeutas são igualmente recomendados para o tratamento da esquizofrenia, enquanto que para a depressão os psicólogos são mais recomendados, pelo menos na Europa e na América. A psicoterapia é consistentemente preferida à medicação. As atitudes em relação à busca de ajuda de psiquiatras ou psicólogos / psicoterapeutas, bem como em relação a medicamentos e psicoterapia melhoraram acentuadamente nos últimos anos. Os conceitos biológicos de doença mental estão associados a uma aprovação mais forte de ajuda psiquiátrica, particularmente medicamentos. A autoestima e atitudes negativas em relação às pessoas com doença mental diminuem a probabilidade de considerar pessoalmente a ajuda psiquiátrica.

Saunders *et al.* (2012) referem que as atitudes dos enfermeiros em relação às doenças mentais têm um impacto nos cuidados prestados. Desenvolvem uma revisão integrativa da literatura enfocada nas atitudes dos enfermeiros em relação à doença mental. Os estudos relataram que os enfermeiros tinham atitudes contraditórias em relação à doença mental, comparáveis às do público em geral. Atitudes mais negativas foram direcionadas para pessoas com esquizofrenia. Os resultados indicam a necessidade de mais pesquisas para determinar se as atitudes entre os enfermeiros nos EUA diferem daquelas relatadas em outros países e para examinar possíveis lacunas no currículo de enfermagem em relação à doença mental.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

2. ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo abordar-se-ão as fases metodológicas da investigação, determinando-se, igualmente, as respostas às questões colocadas.

Segundo Fortin (2009), nesta fase da investigação o investigador tem por base um conjunto de meios que levarão ao surgimento de respostas para as questões de investigação delimitadas inicialmente. A fase metodológica inclui a escolha da população e amostra, o desenho de investigação, os procedimentos de colheita de dados e os métodos de medida.

2.1 Metodologia

Segundo Fortin (2009), a fase metodológica permite determinar de que forma a investigação é tratada e conduzida. Ao longo desta fase o investigador procura obter as respostas às questões de investigação propostas inicialmente ou verificar hipóteses. Relativamente à natureza do desenho, este varia de acordo com os objetivos do estudo, sendo que permite explorar diferentes variáveis e diferenças entre grupos.

Importa referir que existe uma relação entre o desenho de investigação e a questão de investigação, valorizando a quantidade, a qualidade e o tipo de conhecimentos existentes sobre a temática em questão.

O projeto teve como base o estudo transversal, isto é, permite avaliar os fatores de risco associados a uma doença presente numa população assim como a frequência de um acontecimento. Através deste tipo de estudo é possível avaliar vários grupos em relação a um fenómeno presente na investigação em determinado período de tempo (Fortin, 2009).

É um estudo transversal na medida em que se realizará uma avaliação da frequência de uma situação específica numa população, ou seja, pretende-se perceber qual é a frequência de atitudes estigmatizantes nos profissionais de saúde.

A elaboração desta investigação corresponde a um estudo descritivo correlacional, visto que se pretende descrever as relações entre as variáveis, por outras palavras, documentar as opiniões e atitudes que os profissionais de saúde apresentam face à doença mental.

Segundo Fortin (2009), neste tipo de estudo o objetivo do investigador passa por identificar as relações entre as variáveis, descrevendo cada relação, assim como circunscrever o fenómeno estudado. Após a descoberta de relações existentes entre as variáveis em estudo, é possível a formulação de hipóteses, que serão verificadas em estudos posteriores.

Trata-se de um estudo quantitativo já que um dos objetivos desta investigação é a presença de indicadores, tendências observáveis e apresentação de dados. A aplicação deste tipo de investigação ocorre quando existe a recolha de medidas quantificáveis de diversas variáveis relacionadas com o quotidiano a partir de diferentes amostras (Fortin, 2009).

2.2 Contexto e justificação

Atitudes estigmatizantes face à doença mental estão associadas a diversas suposições, sendo estas provocadas essencialmente pelos media. Existem, pelo menos, três opiniões acerca do doente mental, nomeadamente o facto de serem maníacos, homicidas, indivíduos rebeldes ou infantis (Corrigan *et al.*, 2005).

O estigma na doença mental é uma temática pertinente, pois influencia os cuidados prestados ao doente e poderá ter um impacto negativo na vida do indivíduo que, posteriormente, levará à rejeição do mesmo na sociedade.

A presença de estigma resulta em diferentes efeitos adversos, nomeadamente a diminuição da autoestima, maior fragilidade na adaptação social, desemprego, falta de esperança, consequências psicológicas, diminuição do suporte social e comprometimento na adesão à terapêutica (Peters *et al.*, 2014).

O estudo em questão debruça-se especificamente sobre os profissionais de saúde. É possível verificar a escassez de estudos em Portugal, particularmente nesta população, sendo que se pretende compreender de que forma é que cada profissional de saúde se torna um agente estigmatizante. Com este estudo pretende-se, igualmente, desmistificar opiniões e atitudes face à doença mental, sendo que o objetivo é eliminá-las e permitir uma aceitação do “diferente”.

Com este estudo também se pretende auxiliar na compreensão do conceito de estigma, nomeadamente analisar a perceção dos profissionais de saúde face à doença mental. Outro aspeto importante passa por compreender de que forma as atitudes e opiniões dos profissionais contribuem, ou não, para o aumento do estigma.

2.3 Objetivos do estudo

Em relação ao objetivo do estudo, este deve indicar qual o propósito do investigador. O objetivo delimitado especificará a população junto da qual serão colhidos os dados necessários, as variáveis chave e o verbo de ação que permite orientar a investigação (Fortin, 2009).

No que toca ao objetivo do estudo este permite-nos compreender de que forma as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental. Como objetivos específicos pretende-se:

- Comparar as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental em função dos diferentes serviços hospitalares;
- Relatar as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental;
- Verificar associações entre as variáveis sócio-demográficas, as opiniões e as atitudes dos profissionais de saúde em estudo.

2.4 Questões de investigação

Torna-se pertinente referir que existe uma grande diferença entre os objetivos e as questões de investigação. Há uma maior especificidade quando são delimitadas este tipo de questões (Fortin, 2009).

Quando existem questões de investigação significa que não há produção de conhecimento mais avançado, pois apenas são empregues em estudo descritivos ou descritivos-correlacionais. O estabelecimento de relação entre as variáveis e a descrição da população ou conceitos está relacionado com a presença de questões de investigação (Fortin, 2009).

- ✓ “Quais as diferenças existentes no que toca às opiniões e atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde dos diferentes serviços do Hospital Geral?”
- ✓ “Existem opiniões e/ou atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde face à doença mental?”
- ✓ “Existe alguma relação entre os dados sócio-demográficos dos participantes e as opiniões e atitudes estigmatizantes face à doença mental?”
- ✓ “Existe diferença significativa entre os profissionais de saúde face ao estigma da doença mental?”

2.5 População e amostra

Segundo Fortin (2009) o termo “população” corresponde a um conjunto de elementos que apresentam características em comum (grupos, escolas instituições, etc), com o objetivo de estudar e analisar. A seleção do grupo é feita através de um processo de amostragem, sendo que este representa a população a ser estudada, e denomina-se por população-alvo.

A nossa população-alvo corresponde aos profissionais de saúde que exercem funções em serviços de internamento no Hospital Geral, nomeadamente no Departamento de Medicina e no Departamento de Anestesiologia. A população tem um total de 224 profissionais de saúde, sendo que a amostra corresponde a 96 inquiridos. Assim, para o nosso estudo definimos critérios de inclusão e critérios de exclusão.

No que toca aos critérios de inclusão, estes referem-se à aceitação da participação de cada profissional, conhecendo os diversos objetivos do estudo, e profissionais de saúde que exercem funções nos três serviços de internamento no Hospital Geral.

Relativamente aos critérios de exclusão considera-se como tal o preenchimento incorreto dos questionários e a recusa dos profissionais em participarem no estudo.

Neste sentido, as autorizações do Hospital Geral, sendo uma instituição pública, foram obtidas em tempo útil.

2.6 Procedimento de colheita de dados

Nesta etapa o objetivo passa por colher informação pertinente, sendo que no momento da colheita foi aplicado um questionário sócio-demográfico e duas escalas: a Escala de Opiniões acerca da Doença mental (Cohen e Struning, 1962; Oliveira, 2005) e a Escala de Atitudes dos Clínicos- Mica-4 (Kassam *et al.*, 2010).

Aquando da aplicação dos instrumentos, cada profissional de saúde foi informado acerca dos objetivos do estudo, foi entregue um consentimento informado, tendo sido dada a possibilidade aos profissionais de não participarem no estudo ou mesmo de desistirem (Anexo 1).

Estabeleceu-se contacto com a Comissão de Ética e com o Concelho de Administração para a devida autorização. Seguidamente, foi dado conhecimento a todos os Enfermeiros Chefes e Diretores de serviço nos quais foi aplicado este estudo.

Para obter a autorização da Comissão de Ética foi necessário reunir diversas assinaturas, respetivamente do Enfermeiro Chefe, do Diretor de Serviço, dos Enfermeiros Supervisores, dos Diretores de cada Departamento, nomeadamente do Departamento de Medicina e do Departamento de Anestesiologia, e dos Enfermeiros Responsáveis por cada Departamento. Com este processo concluído foi solicitado aos serviços a distribuição dos instrumentos de avaliação a cada profissional de saúde.

Inicialmente foi estipulado um prazo de cerca de 30 dias: o preenchimento dos questionários principiava no início de maio e terminava no início do junho. Terminado o prazo, em junho, procedeu-se à recolha dos instrumentos de avaliação por parte do investigador.

No total de 224 profissionais apenas 96 preencheram o questionário e as duas escalas, sendo essa a amostra do estudo.

2.7 Instrumentos de avaliação

Na escolha dos instrumentos de investigação é fundamental ter em consideração o tipo de estudo e a população alvo, visto que a aplicação do instrumento terá de ser adequada ao contexto (Fortin, 2009).

Tendo em conta o procedimento da colheita de dados, para a caracterização da nossa amostra aplicamos um questionário sócio-demográfico e para a avaliação dos conceitos em estudo selecionamos duas escalas que se encontram validadas para a população portuguesa.

Um dos instrumentos aplicados foi o MICA-4, que faz parte do estudo “Atitudes dos profissionais de saúde no contexto de psiquiatria” sendo que este integra o projeto REFAMIS “Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde” que está inserido na unidade científico pedagógica- Enfermagem Disciplina e Profissão (UCP-EDP) e tem como objetivos:

- Melhorar a compreensão dos mecanismos subjacentes de saúde e doença;
- Melhorar a participação do paciente no processo de atenção (melhoria da interação entre os pacientes, seus familiares, prestadores de cuidados, sistema de saúde e assistência social e informal)

- Melhorar a gestão da doença (aumentar o nível de educação e a adesão dos indivíduos e famílias) e testar e demonstrar novos modelos e ferramentas para a saúde e cuidados.

Como objetivos específicos:

- Identificar estigma e autoestigma interveniente no processo de saúde doença nos contextos do estudo;
- Identificar crenças e mitos associados à doença nos doentes, família e profissionais de saúde;
- Identificar como são incluídos os doentes e as famílias no processo de decisão em saúde pelos profissionais de saúde (o que dizem e como o fazem);
- Identificar a perceção das necessidades dos doentes sob a ótica dos profissionais de saúde;
- Identificar a perceção das necessidades dos doentes sob a ótica dos próprios;
- Aumentar a literacia em saúde na população em estudo adequando as estratégias aos focos identificados;
- Desenvolver intervenções dirigidas à promoção da adesão/gestão do regime de saúde-doença;
- Identificar atividades terapêuticas específicas que sejam promotoras de melhoria na adesão/gestão do regime terapêutico.

A Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4) e a Escala de Opiniões acerca da Doença Mental foram obtidas através do projeto do qual o nosso estudo faz parte e encontram-se devidamente autorizadas pelos autores.

2.7.1 Questionário sociodemográfico

Para obter uma caracterização da amostra foi aplicado um questionário com nove questões de resposta aberta e fechada em que se pretende identificar as características profissionais e pessoais dos profissionais de saúde. Uma das questões inseridas no questionário procura saber se, para além da disciplina de saúde mental e psiquiátrica, houve, por parte dos profissionais de saúde, participação em formações sobre a mesma temática (Anexo 2).

2.7.2 Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4)

A Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4), neste caso profissionais de saúde, está relacionada com as atitudes dos profissionais face à doença mental. No que toca à distribuição da escala, esta é constituída por 16 itens, sendo que as respostas compreendem as opções “concordo plenamente” (1) e “discordo totalmente” (6). Relativamente à cotação da escala, esta é realizada através da soma dos valores correspondentes a cada resposta. Os itens estão formulados em sentido inverso, o que significa que a cotação é realizada de forma invertida, isto é, o valor 1 corresponde ao “concordo totalmente” e o valor 6 corresponde ao “discordo totalmente”. Assim, a pontuação máxima é de 96 e a mínima de 16, na medida em que os resultados com pontuações mais baixas correspondem a perceções menos estigmatizantes face à doença mental. No âmbito do projeto “Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde”, este instrumento foi alvo de adaptação, tradução e validação para a população portuguesa.

2.7.3 Escala de Opiniões acerca da Doença Mental (EODM)

A EODM é constituída por 51 itens de uma escala do tipo Likert, sendo um instrumento de autorresposta de 6 pontos (1 corresponde ao “aprovo plenamente” e o 6 “desaprovo plenamente”).

Com o intuito de compreender quais as opiniões e as atitudes dos profissionais face à doença mental, foi aplicada esta escala que corresponde à versão portuguesa de Oliveira (2005), construída por Cohen e Struening (1962). A escala é dividida em cinco categorias, correspondendo às atitudes, sendo elas: o Autoritativismo (nesta dimensão se os valores obtidos forem elevados significa que o indivíduo com patologia psiquiátrica pertence a uma classe de indivíduos com valor inferior na sociedade); a Benevolência (nesta categoria em específico pretende-se verificar se nas respostas do participante está presente o paternalismo em relação ao indivíduo com patologia psiquiátrica); Ideologia da Higiene Mental (nesta dimensão se os valores obtidos forem inferiores significa que o indivíduo com patologia psiquiátrica não é considerado como sendo uma “pessoa normal”); Restrição Social (resultados elevados demonstra que o participante considera o indivíduo perigoso para a sociedade, defendendo a restrição da liberdade do mesmo); por último, temos a Etiologia Interpessoal (nesta dimensão, a obtenção de scores elevados aponta para a

presença de crenças de que a doença mental advém de más experiências de vida ao longo da infância) (Anexo 3).

2.8 Considerações éticas

No ramo da investigação existe um aspeto fundamental que corresponde à atividade humana, quer dizer, modos de vida das famílias, comunidade ou grupos, estado de saúde de cada indivíduo, prestação de cuidados, etc. Neste ramo em específico qualquer aspeto a ser estudado deve ter sempre em conta os direitos dos indivíduos. As decisões tomadas pelos indivíduos devem ser fundamentadas em princípios, nomeadamente a beneficência e o respeito (Fortin, 2009).

Ao longo da investigação torna-se pertinente o estudo de fenómenos biopsicossociais. Todavia, os investigadores responsáveis devem serem cautelosos, visto que poderão provocar danos na integridade das pessoas com quem lidam na investigação, consciente ou inconscientemente (Fortin, 2009).

Qualquer tipo de estudo científico exige a presença de certos princípios éticos, sendo que, neste caso, estamos perante um estudo quantitativo. É garantida a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, não existe obrigatoriedade em participar e é assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Desta forma, ao longo da investigação os princípios éticos estiveram presentes e foram respeitados. Cada participante colaborou de forma voluntária, sendo que antes do preenchimento dos questionários, foi distribuído o consentimento informado (Anexo 4).

Os questionários aplicados encontravam-se codificados, isto é, não é possível identificar o participante, a instituição e o serviço, assegurando-se, desta forma, o anonimato e a confidencialidade.

Em suma, todos os pressupostos foram cumpridos ao longo da investigação.

2.9 Análise e tratamento de dados

Para análise e tratamento dos dados obtidos foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0. Inicialmente o foco da atenção dirigiu-se para a análise descritiva dos dados obtidos, na medida em que são apresentadas medidas de tendência central, tabelas de frequência e medidas de dispersão para as questões relacionadas com a caracterização da amostra. Relativamente aos instrumentos aplicados, estes correspondem a variáveis contínuas, sendo que as tabelas apresentadas são tabelas descritivas e contêm os valores médios e os respetivos valores de desvio padrão, assim como outras medidas de tendência central.

É fulcral a aplicação da correlação de Pearson, que tem como objetivo determinar a relação existente entre os domínios dos diversos instrumentos utilizados no estudo. Para o efeito, adotou-se o intervalo de confiança de 95%, isto é, significância estatística de 0,05 – $p \leq 0,05$.

Em relação à análise e ao tratamento de dados, ocorreu uma avaliação das relações existentes entre as variáveis, sendo que para o efeito é necessária uma análise pormenorizada e descritiva dos resultados apresentados. O teste estatístico *t de Student* foi utilizado com o objetivo de comparar as médias das dimensões existentes, visto que a sua função passa por comparar dois grupos independentes.

A análise *Alpha de Cronbach's* foi aplicada, de igual forma, com o intuito de analisar a validade interna dos domínios dos instrumentos aplicados, de forma a comparar com outros estudos científicos que aplicaram os mesmos instrumentos e validar a consistência interna da amostra.

Resta referir que o tipo de estatística utilizada foi a estatística paramétrica, pois a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors, permitiu confirmar que as variáveis obedecem ao critério da distribuição normal e o valor da amostra reforça o facto de estarmos perante uma estatística paramétrica.

CAPÍTULO III- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, assim como a discussão dos mesmos. Segundo Fortin (2009), ao longo de uma investigação existem diversas etapas, sendo a apresentação, a análise e a interpretação dos resultados etapas distintas. Aquando da apresentação dos resultados o investigador realiza uma análise estatística dos dados através de diferentes testes. Após esta etapa cabe ao investigador confrontar os diversos resultados fazendo referência à teoria e a investigações anteriores relacionadas com o estudo em questão.

No que se refere à amostra obtida relativamente aos médicos, esta conta com 31 indivíduos, nos quais a idade varia entre 24 e 62 anos, verificando-se uma idade média de 33 anos. O valor da mediana de 29 anos, apresentado na tabela 1, permite afirmar que 50% dos indivíduos que integram a amostra possuem no máximo 29 anos, o que evidencia a existência de assimetria positiva nos dados, uma vez que predominam os indivíduos com idades mais baixas. Por outro lado, a moda é de 26 anos, sendo este o valor mais comum na amostra. Este valor confirma a assimetria nos dados relativos à idade, tendo em conta o desalinhamento entre a média, mediana e moda. Deve ainda acrescentar-se a variabilidade elevada dos dados relativos à idade, na medida em que o desvio padrão é de 10,32 anos.

Idade	
N	31
Média	33,0
Mediana	29,0
Moda	26
Desvio Padrão	10,32
Mínimo	24
Máximo	62

Tabela 1: Caracterização da amostra – Idade

A amostra é constituída por 77,4% de indivíduos do sexo feminino, o que corresponde a 24 indivíduos. Assim, os restantes 7 indivíduos que integram a amostra são do sexo masculino, o que equivale a 22,6% da amostra total, conforme consta na tabela 2.

	Frequência	Percentagem
Masculino	7	22,6
Feminino	24	77,4
Total	31	100,0

Tabela 2: Caracterização- da amostra – Sexo

Em termos de habilitações literárias, na amostra relativa aos médicos, 83,9% dos indivíduos possuem mestrado, sendo que os restantes 16,1% apenas possuem licenciatura, uma vez que apenas 5 dos indivíduos estão nesta situação. No que se refere à categoria profissional, 64,5% são médicos internos, o que corresponde a 20 indivíduos, sendo que os restantes 11, ou seja, 35,5% são apenas médicos, conforme consta na tabela 3.

A especialidade que integra a amostra é distinta entre os mesmos. Contudo, predomina a especialidade em medicina interna, dado que 11 indivíduos referem ter esta especialidade, o que corresponde a 42,3% da amostra. Por outro lado, 11,5% dos inquiridos é especialista em estesiologia, existindo uma mesma percentagem especialista em anestesiologia e idêntico peso no que se refere à IFG. Os restantes indivíduos apresentam diferentes especialidades, tais como cirurgia geral, IAC-IFG, oncologia médica, formação geral e imunohemoterapia.

		n	%
Habilitações académicas	Bacharelato	0	0,0%
	Licenciatura	5	16,1%
	Mestrado	26	83,9%
	Outras	0	0,0%
Categoria profissional	Médica(o)	11	35,5%
	Médica(o) Interno	20	64,5%
Área de especialidade	Estesiologia	3	11,5%
	Medicina Interna	11	42,3%
	Cirurgia Geral	1	3,8%
	Anestesiologia	3	11,5%
	IFG	3	11,5%
	IAC – IFG	1	3,8%
	Oncologia Médica	2	7,7%
	Formação Geral	1	3,8%
	Imunohemoterapia	1	3,8%

Tabela 3: Caracterização da amostra – Habilitações Académicas, Categoria Profissional e Área de especialidade

Entre os inquiridos, 96,8% dos médicos revela que durante a formação académica teve disciplinas sobre saúde mental e psiquiatria, sendo que apenas um indivíduo diz não ter tido formação académica nesta área, tal como apresentado na tabela 4, ainda que tal disciplina figure no plano curricular de medicina, o que nos pode fazer crer que o inquirido se poderá ter equivocado aquando do preenchimento do questionário. Entre os que responderam afirmativamente a esta questão, todos revelam ter lecionado essas disciplinas no curso de medicina. Além da formação académica, existem 7 médicos que revelam ter frequentado ações de formação sobre saúde mental, o que corresponde apenas a 23,3% dos inquiridos, pelo que os restantes 76,7% não efetuou qualquer ação de formação nesta área.

		N	%
Durante a formação académica teve alguma disciplina sobre saúde mental e psiquiatria?	Sim	30	96,8%
	Não	1	3,2%
Se respondeu SIM, indique em que formação:	Curso de Enfermagem	0	0,0%
	Curso de Medicina	31	100,0%
Frequentou ações de formação sobre saúde mental e psiquiatria para além da formação académica?	Sim	7	23,3%
	Não	23	76,7%

Tabela 4: Caracterização da amostra – Formação Académica

No âmbito da Escala das Atitudes dos Clínicos, em média, os médicos discordam ligeiramente do facto de só terem contacto com a saúde mental em caso de necessidade e não estarem interessados em saber mais, tendo em conta o valor médio apresentado na tabela 5. No entanto, o desvio padrão permite verificar que as respostas dadas variam entre a concordância por parte de alguns médicos e a discordância plena por parte de outros. No segundo item desta escala, em termos médios, existe discordância relativamente ao facto das pessoas com doença mental nunca recuperarem e terem qualidade de vida. Neste caso, existe discordância por parte de todos os inquiridos, tendo em conta o reduzido desvio padrão obtido.

Em média, os indivíduos concordam que trabalhar em saúde mental é tão respeitável como qualquer outro contexto de saúde, existindo concordância por parte de todos os inquiridos, tendo em conta o desvio padrão de 1,30.

Quanto à afirmação que refere que perante a existência de uma doença mental, nunca admitiria aos amigos por vergonha, em média, os indivíduos discordam ligeiramente disto, dado o valor médio de 3,7, no entanto existem alguns casos em que existe concordância e outros em que existe concordância ligeira.

Por outro lado, em média discorda-se ligeiramente de que os indivíduos com doença mental possam ser perigosos, existindo casos em que se discorda plenamente disto. No entanto, existem casos de concordância ligeira, conforme comprovado pelo desvio padrão obtido e constante na tabela 5.

Entre os indivíduos, em média, discorda-se ligeiramente, que os profissionais que acompanham os doentes mentais, saibam mais da vida destes do que os próprios familiares e amigos, existindo casos de discordância e outros de concordância ligeira, tendo em conta o desvio padrão. Por outro lado, em média, concorda-se ligeiramente que existindo uma doença mental, não se admitiria a mesma para não ser tratado de forma diferente. Contudo existem casos em que se discorda com isto.

Em média discorda-se que ser um profissional de saúde mental seja diferente de ser um profissional de saúde comum, tendo em conta a média de 4,8. Por outro lado, caso um colega mais experiente dissesse para tratar de forma depreciativa um doente mental, em média, existe concordância de que não seriam seguidas as suas instruções, não existindo qualquer resposta de discordância em relação a isto.

Quanto ao facto de existir um sentimento de conforto, quer se esteja a falar com uma pessoa com doença física ou com doença mental, em média concorda-se ligeiramente com isto, embora existam alguns casos de discordância ligeira, tendo em conta o desvio padrão de 1,02. Por outro lado, em média concorda-se que é importante que qualquer profissional de saúde que preste cuidados a uma pessoa com doença mental esteja atento também à saúde física. Neste caso, não existe discordância por parte de nenhum dos indivíduos. Além disso, concorda-se ligeiramente com o facto da população em geral não necessitar de estar protegida contra as pessoas com doença mental grave, dada a média de 3,1. No entanto, existem casos de discordância ligeira com este facto, tendo em conta o desvio padrão.

Caso uma pessoa com doença mental apresente queixas físicas, como dor no peito, a maioria discorda que isto se associe ao seu estado mental, embora existam alguns casos de concordância ligeira com este facto.

Em média discorda-se ligeiramente de que não se espera que um clínico geral faça um exame minucioso a pessoas com problemas psíquicos, dado que podem ser reencaminhadas para psiquiatria. Contudo, existem casos de concordância ligeira com este facto. Em média discorda-se do uso dos termos “louco” e “maluco” para falar de pessoas com doença mental, sendo que neste caso não existe qualquer concordância com esta abordagem.

Por fim, caso um colega diga que padece de doença mental, em média os indivíduos concordam que continuariam a trabalhar com ele, existindo concordância por parte de toda a amostra.

	n	Média	Desvio Padrão
Só tenho contacto com a saúde mental em caso de necessidade e não estou interessado em saber mais.	31	4,1	1,61
As pessoas com doença mental grave nunca irão recuperar o suficiente e conseguir boa qualidade de vida.	31	5,1	,85
Trabalhar em contexto de saúde mental é tão respeitável como qualquer outro contexto de saúde ou serviço social.	31	1,7	1,30
Se tivesse uma doença mental nunca admitiria aos meus amigos porque recearia ser tratado de forma diferente.	31	3,7	1,39
As pessoas com doença mental grave são perigosas na maioria das vezes.	31	4,4	1,36
Os profissionais de saúde e ação social sabem mais sobre a vida das pessoas em tratamento por doença mental do que os próprios familiares ou amigos.	31	4,2	1,04
Se tivesse uma doença mental nunca admitiria aos meus colegas porque recearia ser tratado de forma diferente.	31	3,4	1,20
Ser um profissional de saúde ou ação social na área da saúde mental não é o mesmo que ser um verdadeiro profissional de saúde ou ação social.	31	4,8	1,49
Se um colega mais experiente me dissesse para tratar de forma depreciativa, um paciente com doença mental, eu não seguiria as suas instruções.	31	1,8	1,27
Sinto-me tão confortável a conversar com uma pessoa com doença mental como com uma pessoa com doença física.	30	2,7	1,02
É importante que qualquer profissional de saúde ou ação social a prestar cuidados a uma pessoa com doença mental, esteja também atento a saúde física dessa pessoa.	30	2,1	1,36
A população em geral não precisa estar protegida contra as pessoas com doença mental grave.	30	3,1	1,11
Se uma pessoa com doença mental apresentasse queixas físicas (ex. dor no peito) eu iria atribuir este sintoma ao estado mental.	30	4,7	1,58
Não é expectável que um clínico geral faça um exame minucioso a pessoas com sintomas psíquicos porque estas pessoas podem ser reencaminhadas para psiquiatria.	30	4,4	1,38
Utilizaria os termos "louco", "maluco", "tolo", etc, para descrever aos meus colegas as pessoas com doença mental que tivesse visto no meu local de trabalho.	30	4,7	1,09
Se um colega de trabalho me dissesse sofrer de doença mental, continuaria a querer trabalhar com ele.	30	2,3	1,37
N válido (listwise)	30		

Tabela 5: Estatísticas Descritivas- MICA-4

O total da escala MICA varia entre 25 e 68 pontos, sendo que a média obtida é de 40,4 pontos, o que corresponde a respostas em torno da concordância ligeira, tendo em conta o facto da escala integrar 16 itens com pontuações entre 1 e 6. Por outro lado, em 50% dos casos, a pontuação obtida é igual ou inferior a 36, o que em termos médios, equivale à concordância dos indivíduos. O valor mais frequentemente obtido é de 36, sendo esta a moda dos dados, conforme consta na tabela 6. Por outro lado, existe variabilidade nos dados, embora a mesma não seja acentuada, tendo em conta o desvio padrão de 12,2.

Total	
N	31
Média	40,4
Mediana	36,0
Moda	36
Desvio Padrão	12,20
Mínimo	25
Máximo	68

Tabela 6: Total Escala MICA-4

De acordo com a tabela 7, para um nível de significância de 5%, existe uma relação significativa entre o total da escala MICA e a idade dos inquiridos. Esta correlação existente é positiva embora não muito forte, pelo que quanto mais velhos forem os indivíduos, maior tende a ser a pontuação obtida nesta escala, pelo que maior é o grau de discordância verificado.

		Total MICA-4
Correlação de Pearson	<i>r</i>	,414*
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,042
	<i>n</i>	31

*A correlação é significativa ao nível 0,05

Tabela 7: Correlação entre o Total da escala MICA e idade dos inquiridos

O total da escala MICA tende a ser superior nos indivíduos do género masculino, conforme consta na tabela 8, embora estes sejam apenas 7, pelo que o grau de discordância destes tende a ser superior ao do sexo feminino, verificando-se também uma variabilidade maior, tendo em conta o desvio padrão. O teste de hipóteses realizado permite constatar que, para um nível de significância de 5%, há evidência estatística que afirma existirem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino, facto que confirma a situação referida.

No que se refere à categoria profissional, não existem diferenças significativas no total da escala MICA entre as diferentes categorias, uma vez que o valor de prova obtido é superior a qualquer nível de significância aceitável considerado. Em termos da realização de ações de formação sobre saúde mental, a conclusão obtida é idêntica, dado não existirem diferenças estatisticamente significativas no total da escala entre os indivíduos que realizaram estas ações de formação e os que as não realizaram.

Total MICA-4		n	Média	Desvio Padrão	Teste t	
					t	p
Sexo	Masculino	7	48,7	15,83	2,176	,038
	Feminino	24	38,0	10,08		
Categoria Profissional	Médica(o)	11	45,6	14,65	1,618	,126
	Médica(o)	20	37,6	9,91		
	Interno					
Ações de formação sobre saúde mental e psiquiatria para além da formação académica	Sim	7	41,6	10,69	,211	,835
	Não	23	40,4	12,94		

Tabela 8: Total escala MICA-4 por Sexo, Categoria Profissional e Formação

A realização da ANOVA permite comparar o total da escala MICA tendo em conta os diferentes serviços em que os indivíduos trabalham. Assim, existem diferenças significativas nos totais da escala MICA relativamente ao serviço em que se encontram, dado o valor de prova nulo constante na tabela 10. Assim, o total da escala MICA tende a ser superior nos indivíduos que exercem atividade no serviço A, existindo, assim, maior grau de discordância nestes indivíduos. Em oposição, o serviço C surge como o que apresenta menor média, pelo que indica menores valores na escala MICA, o que corresponde a um maior grau de concordância por parte dos indivíduos.

Total MICA-4		n	Média	Desvio Padrão	ANOVA	
					F	p
Serviço A		7	57,7	5,99	26,496	,000
Serviço B		8	39,5	12,15		
Serviço C		16	33,3	4,43		
Total		31	40,4	12,20		

Tabela 9: Total escala MICA-4 por Serviço

No que se refere à amostra associada aos enfermeiros, esta conta com 65 indivíduos, entre os quais a idade varia entre 23 e 63 anos, verificando-se uma idade média de 35 anos. O valor da mediana de 34 anos, constante na tabela 10 permite afirmar que 50% dos indivíduos que integram a amostra possuem no máximo 34 anos, o que evidencia a existência de uma ligeira assimetria positiva nos dados, uma vez que predominam os indivíduos com idades mais baixas. Por outro lado, a moda é de 32 anos, sendo este o valor mais comum na amostra. Deve ainda acrescentar-se a variabilidade moderada dos dados relativos à idade, na medida em que o desvio padrão é de apenas 7,89 anos.

Idade	
N	65
Média	35,0
Mediana	34,0
Moda	32
Desvio	7,89
Padrão	
Mínimo	23
Máximo	60

Tabela 10: Caracterização da amostra – Idade

A amostra é constituída por 77,4% de indivíduos do sexo feminino, o que corresponde a 24 elementos. Assim, os restantes 7 indivíduos que integram a amostra são do sexo masculino, o que equivale a 22,6% da amostra total, conforme consta na tabela 11.

		Frequência	Percentagem
Sexo	Masculino	21	32,3
	Feminino	44	67,7
	Total	65	100,0

Tabela 11: Caracterização da amostra - Sexo

No que toca às habilitações literárias, na amostra relativa aos enfermeiros, 21,5% dos indivíduos possuem mestrado, sendo que 76,9% apenas possuem licenciatura, uma vez que 50 dos elementos estão nesta situação. Existe ainda um caso isolado que revela ter outra situação não identificada relativamente às habilitações. No que concerne à categoria profissional, 93,8% são enfermeiros, o que corresponde a 61 elementos, sendo que os restantes 4 casos, ou seja, 6,2% são apenas enfermeiros chefes, conforme consta na tabela 13.

A especialidade dos enfermeiros que integram a amostra distribui-se em quatro áreas distintas. Assim, predominam os enfermeiros com especialidade médico-cirúrgica, dado que 63,2% possui esta especialidade. Por outro lado, 15,8% dos inquiridos são especialistas em cardiologia, existindo uma mesma percentagem especialista em enfermagem de reabilitação. Os restantes indivíduos dizem ser especialistas em administração hospitalar.

		n	%
Habilitações académicas	Licenciatura	50	76,9%
	Mestrado	14	21,5%
	Outras	1	1,5%
Categoria profissional	Enfermeira(o)	61	93,8%
	Enfermeira(o) Chefe	4	6,2%
Área de especialidade	Médico-Cirúrgica	12	63,2%
	Cardiologia	3	15,8%
	Enfermagem Reabilitação	3	15,8%
	Administração Hospitalar	1	5,3%

Tabela 12: Caraterização da amostra – Habilitações Académicas, Categoria Profissional e Especialidade

Entre os inquiridos, todos os enfermeiros revelam que, durante a formação académica, frequentaram a disciplina sobre saúde mental e psiquiatria, tal como apresentado na tabela 13. Entre os intervenientes, 98,5% relevam ter frequentado a disciplina no curso de enfermagem, enquanto que um caso revela ter sido no curso de medicina. Para além da formação académica, existem 19 enfermeiros que indicam ter frequentado ações de formação sobre saúde mental, o que corresponde apenas a 32,2% dos inquiridos, pelo que os restantes 67,8% não efetuaram qualquer ação de formação subordinada a esta área.

		N	%
Durante a formação académica teve alguma disciplina sobre saúde mental e psiquiatria?	Sim	30	96,8%
	Não	1	3,2%
Se respondeu SIM, indique em que formação:	Curso de Enfermagem	0	0,0%
	Curso de Medicina	31	100,0%
Frequentou ações de formação sobre saúde mental e psiquiatria para além da formação académica?	Sim	7	23,3%
	Não	23	76,7%

Tabela 13: Estatística Descritiva – Formação Académica

No âmbito da EODMI aplicada aos enfermeiros, em termos globais, a dimensão relativa ao autoritarismo surge como a dimensão com maior média, pelo que é nesta dimensão que existe maior nível de discordância médio entre os inquiridos, sendo também a dimensão com maior variabilidade de dados, tendo em conta o desvio padrão constante na tabela 14. Em oposição a dimensão relativa à ideologia da higiene mental apresenta menores valores médios, pelo que surge como a dimensão com maior nível de concordância entre os enfermeiros. Em termos de amplitude, a maior amplitude é verificada ao nível do autoritarismo, tendo em conta os valores máximos e médios. Por outro lado, em todas as dimensões existe assimetria nos dados, dada a divergência entre a média e a mediana.

	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Autoritarismo	65	44,4	7,57	45,0	28	59
Benevolência	65	32,0	5,70	53,0	39	65
Ideologia da Higiene Mental	65	28,9	4,70	29,0	16	40
Restrição Social	65	41,4	4,26	41,0	32	50
Etiologia Pessoal	65	31,9	5,86	32,0	20	42

Tabela 14: Estatística Descritiva – Dimensões EODM - Global

No âmbito da EODM aplicada aos enfermeiros, em termos individuais, a dimensão relativa à etiologia pessoal surge como a dimensão com maior média, pelo que é nesta dimensão que existe maior nível de discordância entre os inquiridos, sendo também a dimensão com maior variabilidade de dados, tendo em conta o desvio padrão constante na tabela 15.

Em oposição a dimensão relativa à ideologia da higiene mental apresenta menores valores médios, pelo que surge como a dimensão com maior nível de concordância entre os enfermeiros. Em termos de amplitude, a maior amplitude é verificada ao nível da etiologia pessoal, tendo em conta os valores máximos e médios. Por outro lado, em todas as dimensões quase que existe assimetria nos dados, dada a média e a mediana.

	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Autoritarismo	65	4,0	,69	4,1	2,5	5,4
Benevolência	65	3,8	,40	3,8	2,8	4,6
Ideologia da Higiene Mental	65	3,2	,52	3,2	1,8	4,4
Restrição Social	65	4,1	,43	4,1	3,2	5,0
Etiologia Pessoal	65	4,6	,84	4,6	2,9	6,0

Tabela 15: Estatística Descritiva – Dimensões EODM – Individual

A análise de correlação entre as diferentes dimensões da escala ODM constante na tabela 16, permite afirmar que para um nível de significância de 5%, existe uma correlação significativa entre o autoritarismo e a benevolência, sendo esta uma correlação positiva mas moderada, dado o coeficiente de 0,395, pelo que um aumento numa das dimensões conduz a aumento da outra. A ideologia da higiene mental apresenta uma correlação significativa com a benevolência, sendo a mesma positiva e moderada, tal como no caso do autoritarismo. Por outro lado, tanto o autoritarismo como a benevolência apresentam uma correlação positiva e moderada com a restrição social, sendo ligeiramente mais forte no caso do autoritarismo, tendo em conta o coeficiente de 0,512. Para um nível de significância de 5%, deve ainda considerar-se a existência de uma correlação positiva entre a etiologia pessoal e o autoritarismo e entre a primeira e a restrição social, sendo mais forte neste segundo caso, dado o coeficiente de 0,613, constante na tabela 16. Nos restantes casos, as correlações entre as dimensões da escala ODM não são significativas para um nível de confiança de 95%. No relacionamento com a idade, verifica-se que nenhuma das dimensões da escala apresenta uma correlação positiva com a idade dos enfermeiros.

		Autoritarismo	Benevolência	Ideologia da Higiene Mental	Restrição Social	Idade
Autoritarismo	<i>r</i>					-,115
	<i>Sig. (bilateral)</i>					,362
Benevolência	<i>r</i>	,395**				-,047
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,001				,711
Ideologia da Higiene Mental	<i>r</i>	-,045	,362**			-,107
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,725	,003			,396
Restrição Social	<i>r</i>	,512**	,496**	,191		,002
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,000	,000	,128		,990
Etiologia Pessoal	<i>r</i>	,608**	,238	-,096	,613**	-,146
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,000	,056	,445	,000	,247

Tabela 16: Estatística Descritiva – Correlações – Dimensões EODM

Na análise de cada dimensão da EODM por género, verifica-se que, apenas no caso da ideologia de higiene mental, existem diferenças significativas entre os géneros, para um nível de significância de 5%, tal como comprova a tabela 17. Assim, a média é superior no caso do sexo feminino comparativamente ao masculino, o que significa que existe maior grau de discordância no primeiro.

	Género	n	Média	Desvio Padrão	Teste t	
					t	p
Autoritarismo	Masculino	21	44,1	7,84	-,189	,851
	Feminino	44	44,5	7,53		
Benevolência	Masculino	21	52,8	5,66	-,201	,841
	Feminino	44	53,1	5,78		
Ideologia da Higiene Mental	Masculino	21	27,0	3,64	-2,321	,024
	Feminino	44	29,8	4,91		
Restrição Social	Masculino	21	40,7	3,86	-,939	,351
	Feminino	44	41,7	4,43		
Etiologia Pessoal	Masculino	21	30,9	6,33	-,983	,329
	Feminino	44	32,4	5,64		

Tabela 17: Estatística Descritiva – Total escala EODM por dimensão e género

Na análise de cada dimensão da EODM por habilitação, verifica-se que em nenhuma das dimensões existem diferenças significativas entre os inquiridos que possuem mestrado e os que possuem licenciatura, para um nível de significância de 5%, tal como comprova a tabela 18.

	Habilitações	n	Média	Desvio Padrão	Teste <i>t</i>	
					<i>t</i>	<i>p</i>
Autoritarismo	Licenciatura	50	44,9	7,06	,678	,501
	Mestrado	14	43,4	8,46		
Benevolência	Licenciatura	50	53,2	5,40	,106	,916
	Mestrado	14	53,0	6,37		
Ideologia da Higiene Mental	Licenciatura	50	29,2	4,93	1,170	,246
	Mestrado	14	27,6	3,82		
Restrição Social	Licenciatura	50	41,6	4,12	,250	,803
	Mestrado	14	41,3	4,27		
Etiologia Pessoal	Licenciatura	50	32,0	5,95	Não aplicável	
	Mestrado	14	32,0	5,68		

Tabela 18: Estatística Descritiva – Total escala EODM por dimensão e habilitações

A realização da ANOVA permite comparar o total de cada dimensão nos diferentes serviços em que os enfermeiros trabalham. Assim, para um nível de significância de 5%, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão relativa à benevolência e na etiologia pessoal, dado o valor de prova nulo constante na tabela 19. No caso da benevolência, a média é superior nos indivíduos do serviço A e inferior nos que trabalham no serviço C. No caso da etiologia pessoal, a maior média é registada na medicina, existindo menores valores no caso do serviço A, pelo que estes últimos indivíduos revelam maior grau de concordância.

		n	Média	Desvio Padrão	ANOVA	
					F	p
Autoritarismo	Serviço A	20	42,6	5,40	,819	,446
	Serviço B	22	44,8	8,24		
	Serviço C	23	45,5	8,52		
Benevolência	Serviço A	20	56,2	4,73	6,060	,004
	Serviço B	22	50,6	5,10		
	Serviço C	23	52,4	5,91		
Ideologia da Higiene Mental	Serviço A	20	30,6	4,41	2,108	,130
	Serviço B	22	27,9	4,25		
	Serviço C	23	28,2	5,11		
Restrição Social	Serviço A	20	41,0	3,02	,918	,405
	Serviço B	22	40,8	4,19		
	Serviço C	23	42,3	5,16		
Etiologia Pessoal	Serviço A	20	29,0	4,07	5,009	,010
	Serviço B	22	32,0	5,40		
	Serviço C	23	34,3	6,63		

Tabela 19: Estatística Descritiva – Total escala EODM por dimensão e serviço

Em termos de realização de ações de formação sobre saúde mental, em nenhuma das dimensões da EODM são verificadas diferenças significativas entre os indivíduos que realizaram estas ações de formação e os que não realizaram as mesmas, facto comprovado pelos dados constantes na tabela 20.

	Ações de formação sobre saúde mental para além da formação académica	n	Média	Desvio Padrão	Teste <i>t</i>	
					<i>t</i>	<i>p</i>
Autoritarismo	Sim	19	45,3	8,25	,712	,479
	Não	40	43,8	6,73		
Benevolência	Sim	19	52,8	6,09	-,322	,749
	Não	40	53,3	5,92		
Ideologia da Higiene Mental	Sim	19	28,2	5,46	-,655	,515
	Não	40	29,1	4,60		
Restrição Social	Sim	19	42,3	4,31	1,038	,304
	Não	40	41,1	4,16		
Etiologia Pessoal	Sim	19	32,9	6,53	1,145	,257
	Não	40	31,0	5,64		

Tabela 20: Total EODM por dimensão e formação

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De modo a tornar simultaneamente mais cativante e de melhor compreensão a discussão dos resultados obtidos, optou-se pela criação de uma tabela que apresenta os já citados resultados relativos aos médicos, aos enfermeiros e, finalmente, os resultados comuns. Depois da sua discussão, é disponibilizada uma tabela onde se compara o nosso estudo a outros estudos e a diferentes autores que, recorrendo aos mesmos instrumentos de avaliação, utilizaram diferentes populações.

	Médicos	Enfermeiros
AMOSTRA E IDADE	31 Indivíduos, entre os quais a idade varia entre 24 e 62 anos, perfazendo uma idade média de 33 anos. O valor da mediana de 29 anos, permite afirmar que 50% dos indivíduos que integram a amostra possuem no máximo 29 anos, o que evidencia a existência de assimetria positiva nos dados, uma vez que predominam os indivíduos com idades mais baixas. Por outro lado, a moda é de 26 anos, sendo este o valor mais comum na amostra. Deve ainda acrescentar-se a variabilidade elevada dos dados relativos à idade, na medida em que o desvio padrão é de 10,32 anos.	65 Inquiridos, entre os quais a idade varia entre 23 e 63 anos, perfazendo uma idade média de 35 anos. O valor da mediana de 34 anos, permite afirmar que 50% dos indivíduos que integram a amostra possuem no máximo 34 anos, o que evidencia a existência de uma ligeira assimetria positiva nos dados, uma vez que predominam os indivíduos com idades mais baixas. Por outro lado, a moda é de 32 anos, sendo este o valor mais comum na amostra. Deve ainda acrescentar-se a variabilidade moderada dos dados relativos à idade, na medida em que o desvio padrão é de apenas 7,89 anos.
No que toca à amostra verifica-se que este engloba 96 profissionais de saúde, sendo que predominam os indivíduos com idades mais baixas.		

SEXO	A amostra é constituída por 77,4% de indivíduos do sexo feminino, o que corresponde a 24 indivíduos. Assim, os restantes 7 indivíduos que integram a amostra são do sexo masculino, o que equivale a 22,6% da amostra total	A amostra é constituída por 67,7% de indivíduos do sexo feminino, o que corresponde a 44 indivíduos. Assim, os restantes 21 indivíduos que integram a amostra são do sexo masculino, o que equivale a 32,3% da amostra.
No que respeita à caracterização da amostra é predominante o sexo feminino correspondendo a 68 profissionais. Relativamente ao sexo masculino este comporta 28 profissionais de saúde.		
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	83,9% dos indivíduos possuem mestrado, sendo que os restantes 16,1% apenas possuem licenciatura, uma vez que 5 dos indivíduos estão nesta situação. No que se refere à categoria profissional, 64,5% são médicos internos, o que corresponde a 20 indivíduos, sendo que os restantes 11, ou seja, 35,5% são apenas médicos. A especialidade dos médicos que integram a amostra é distinta entre os mesmos. Contudo, predominam os médicos com especialidade em medicina interna, dado que 11 indivíduos	21,5% dos indivíduos possuem mestrado, sendo que 76,9% possuem licenciatura, correspondendo a 50 indivíduos. Existe ainda um caso isolado que revela ter outra situação não identificada relativamente às habilitações. No que se refere à categoria profissional, 93,8% são enfermeiros, o que corresponde a 61 indivíduos, sendo que os restantes 4 casos, ou seja, 6,2% são enfermeiros chefes. A especialidade dos enfermeiros que integram a amostra distribui-se em quatro áreas distintas.

	referem ter esta especialidade, o que corresponde a 42,3% da amostra. Por outro lado, 11,5% dos inquiridos é especialista em estesiologia, existindo uma mesma percentagem especialista em anestesiologia. Os restantes indivíduos apresentam diferentes especialidades, tais como cirurgia geral, IAC-IFG, oncologia médica, formação geral e imunohemoterapia.	Assim, predominam os enfermeiros com especialidade médico-cirúrgica, dado que 63,2% possui esta especialidade. Por outro lado, 15,8% dos inquiridos é especialista em cardiologia, existindo uma mesma percentagem especialista em enfermagem de reabilitação. Os restantes indivíduos dizem ser especialistas em administração hospitalar.
De um total de 96 profissionais de saúde, 55 apresentam Licenciatura e 40 apresentam Mestrado. A especialidade de Medicina Interna é a que engloba um maior número de médicos (20) e a especialidade de enfermagem com maior número de enfermeiros é a médico-cirúrgica (12).		
FORMAÇÃO ACADÉMICA	96,8% dos médicos revela que durante a formação académica teve disciplinas sobre saúde mental e psiquiatria, sendo que apenas um indivíduo diz não ter tido formação académica nesta área, ainda que tal disciplina figure no plano curricular de medicina, o que nos pode fazer crer que o inquirido se poderá ter equivocado aquando do preenchimento do questionário. Entre os que responderam afirmativamente a esta questão, todos revelam	Entre os inquiridos, todos os enfermeiros revelam que durante a formação académica tiveram disciplinas sobre saúde mental e psiquiatria. Entre os indivíduos, 98,5% relevam terem essa disciplina no curso de enfermagem, enquanto um caso revela ter sido no curso de medicina. Além da formação académica, existem 19 enfermeiros que revelam ter frequentado ações de formação sobre saúde mental, o que corresponde apenas a 32,2% dos

	<p>terem frequentado essas disciplinas no curso de medicina. Além da formação académica, existem 7 médicos que revelam ter frequentado ações de formação sobre saúde mental, o que corresponde apenas a 23,3% dos inquiridos, pelo que os restantes 76,7% não efetuaram qualquer ação de formação na área.</p>	<p>inquiridos, pelo que os restantes 67,8% não efetuou qualquer ação de formação nesta área.</p>
<p>INSTITUIÇÃO E SERVIÇO</p>	<p>Os médicos inquiridos encontram-se ao serviço em duas instituições diferente, sendo que 25,8% exerce atividade no Hospital Geral, sendo igual a percentagem no serviço C. Em termos de serviço, 51,6% dos indivíduos trabalham no serviço C enquanto 25,8% trabalha no serviço B. Por outro lado, existem 7 médicos a trabalhar no serviço A, o que corresponde a 22,6% do total dos inquiridos.</p>	<p>Os enfermeiros inquiridos trabalham em 3 serviços diferentes na mesma instituição. No serviço B temos 33,8% dos enfermeiros a exercer atividade, 30,8% no serviço A e 26,2% de revelam exercer atividade no serviço C. Em termos de serviço, 35,4% dos indivíduos trabalham no serviço C, enquanto 33,8% exercem atividade no serviço B. Por outro lado, existem 20 enfermeiros no serviço A, o que corresponde a 30,8% do total dos inquiridos.</p>

A análise dos resultados demonstra que a influência dos **dados demográficos, pessoais e académicos** nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental não é estatisticamente significativa, o que é seguramente um sinal dos propósitos observados no enquadramento teórico, em que foi sublinhada a importância e o papel dos profissionais de saúde para a promoção da inclusão das pessoas com doença mental, bem como para a redução do seu stress e dos preconceitos que afetam a sua qualidade de vida. (Lewis e Maccines, 2008).

A maior parte dos profissionais afirmou ter recebido formação na área da saúde mental durante a sua formação académica inicial, e alguns realizaram formações posteriores na área. O facto de os profissionais terem formação específica na área da saúde mental é um dos fatores que é apontado como facilitador e inibidor do estigma social. A formação específica proporciona aos profissionais uma visão mais aprofundada e sólida em relação à doença e em relação à situação destes doentes, o que justifica o facto de, no geral, os profissionais de saúde inquiridos manifestarem desacordo no que toca à existência de estigma.

<p>SOCIAL</p>	<p>A maioria dos inquiridos considera que trabalhar na área de saúde mental é tão respeitável como qualquer outra área.</p> <p>Não manifesta vergonha em assumir que eles próprios ou alguém próximo tenha doença mental, contudo têm alguma dificuldade em assumir para que não sejam tratados de forma diferente.</p> <p>Não consideram que ser profissional de saúde seja diferente de trabalhar noutra área nem</p>	<p>Fazendo uma análise correlacional nas diferentes dimensões, permite-nos afirmar que existe uma correlação significativa positiva entre as dimensões autoritarismo e benevolência, não se verificando na correlação entre género e idade, porque verificamos que nem o género nem a idade são estatisticamente significativos nos resultados. No que diz respeito ao serviço destacamos que o serviço A evidencia uma maior média no que diz respeito à dimensão benevolência comparativamente aos outros dois serviços.</p>
----------------------	---	--

	<p>consideram que o doente mental possa ser perigoso, considerando que há um conforto igual quando estamos perante uma pessoa com doença física ou doença mental.</p> <p>Considera-se que o doente mental tem menos credibilidade nas suas queixas em comparação com um doente sem patologia psiquiátrica.</p> <p>Dependendo da área de exercício profissional encontramos maior ou menor presença de estigma (serviço A com maior estigma relativamente ao serviço B e C).</p> <p>Os médicos concordam que uma pessoa com doença mental pode recuperar completamente e /ou ter boa qualidade de vida.</p>	
<p>Os profissionais não manifestam concordância com crenças e atitudes discriminatórias, contudo a nível individual existem hesitações no que toca a assumir a doença. Ambos os profissionais concordam que existem diferenças entre doença mental e doença física, no entanto não concordam com os estereótipos relacionados com a doença mental.</p>		

	<p>No que diz respeito aos diferentes níveis de avaliação, as divergências são ligeiras</p>	<p>Relativamente à dimensão “autoritarismo” é a que apresenta maiores divergências o que poderá indicar uma maior divisão de opiniões relativamente ao estigma social sobre as comunidades em que o doente mental está inserido. No que diz respeito ao paternalismo (benevolência) estes profissionais não são unânimes em assumirem a sua existência, o que é um indicador de que os doentes mentais são indivíduos tratados com “normalidade” pelos profissionais de saúde sem discriminação positiva. Em relação à dimensão “ideologia da higiene mental” sugere que os enfermeiros cuidam do doente mental tal como o doente físico não apresentando nenhum tipo de comportamento ou crença que possa ser discriminatório. O mesmo acontece na dimensão etiologia pessoal, sendo revelador de que os enfermeiros não apresentam nenhum tipo de preconceito ou estereótipo relativamente às causas da doença mental</p>
--	---	---

Tabela 21: Discussão dos Resultados

INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	DOMÍNIOS	O NOSSO ESTUDO- “ Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à Doença Mental em diferentes serviços de um Hospital Geral” (Martins, 2019)	ESTUDO A- “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica” (Campos, 2019)	ESTUDO B- “Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças mentais” (Gil, 2010)
ESCALA DE OPINIÕES ACERCA DA DOENÇA MENTAL (EODM)	Autoritarismo	É a dimensão que apresenta maiores divergências o que poderá indicar uma maior divisão de opiniões relativamente ao estigma social sobre as comunidades em que o doente mental está inserido.	No que toca às dimensões do Autoritarismo e Restrição social , os participantes acreditam que é necessário uma intervenção coerciva por parte dos profissionais de saúde, visto que apresentam um funcionamento estereotipado. Para além disso, defendem que deverão existir contextos e estruturas de tratamento que englobe restrição e rigidez para com o doente mental.	Neste estudo, as dimensões Benevolência e Ideologia da Higiene Mental apresentam médias mais altas, o que significa que existe sensibilidade e tolerância em relação à doença mental. Autoritarismo e Restrição Social são as que apresentam por parte dos participantes atitudes mais negativas.
	Benevolência	Os inquiridos não são unânimes em assumirem a sua existência, o que é um indicador de que os doentes mentais são indivíduos tratados com “normalidade” pelos profissionais de saúde sem discriminação positiva.		
	Ideologia da Higiene Mental	Os inquiridos referem que tanto cuidam do doente mental como o doente físico não existindo nenhum tipo de comportamento ou crença que possa ser discriminatório.		
	Restrição Social	Os participantes acreditam que o contexto de tratamento para o doente mental deve apresentar alguma rigidez e restrição para com o mesmo, no entanto não consideram que o doente mental possa ser perigoso.		
	Etiologia Interpessoal	Os inquiridos revelam que não apresentam nenhum tipo de preconceito ou estereótipo relativamente às causas da doença mental		

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		O NOSSO ESTUDO- “ Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à Doença Mental em diferentes serviços de um Hospital Geral” (Martins, 2019)	ESTUDO A- “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica” (Campos, 2019)	ESTUDO C- “Percepção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de género.” (Queiroz, 2013)
MENTAL ILLNESS: CLINICIAN’S ATTITUDES (MICA-4)	PRESENÇA DE ESTIGMA	O total da escala MICA varia entre 25 e 68 pontos, sendo que a média obtida é de 40,4 pontos. Com este resultado é possível afirmar que os profissionais não apresentam atitudes negativas e discriminatórias face ao doente mental, sendo que a presença de estigma é baixo. Relativamente à avaliação das atitudes mediante o sexo, não se constatou diferenças estatísticas, verificando-se, desta forma, que a variável em questão não apresenta influência.	Neste estudo os valores apresentados oscilam entre 17 e 59 pontos, permitindo afirmar que os profissionais de saúde não apresentam atitudes negativas nem estigmatizantes face ao doente mental.	No que toca à variável formação, esta apresenta diferenças, nomeadamente a presença de atitudes estigmatizantes por parte dos alunos de medicina dos últimos anos de curso em relação aos alunos que frequentam os primeiros anos. As variáveis, idade, características sociodemográficas e género, não apresentam diferenças estatisticamente significativas, no que toca à presença de estigma

Tabela 22- Análise comparativa entre diferentes estudos com base nos instrumentos de avaliação: MICA-4 e EODM

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do estudo foi o facto de, entre 224 profissionais de saúde, apenas 96 terem respondido aos questionários. Um dos aspetos manifestados pelos profissionais relaciona-se com o número de questões no questionário EODM, este em particular foi preenchido pelos enfermeiros, sendo que dos três serviços inseridos no estudo apenas um referiu que o instrumento de investigação tinha muitas questões e exigia maior concentração por parte dos profissionais.

Relativamente ao tempo estipulado para a realização da investigação, tornou-se, de certa forma uma limitação, visto que todo o processo associado à Comissão de Ética, isto é, a recolha das assinaturas de diversos profissionais de saúde, desde os Enfermeiros Chefes de cada serviço até ao Diretor de cada Departamento, foi bastante demorado. Inicialmente foi delimitado um prazo de entrega dos documentos à Comissão de Ética, todavia não foi possível cumprir com esse prazo, visto que os profissionais com cargos superiores hierarquicamente não se encontravam no mesmo local a maior parte do tempo, dada a carga de trabalho e de responsabilidade.

Dado que as escalas aplicadas aos profissionais de saúde são diferentes, não é possível comparar as diversas dimensões de cada escala. Todavia na dimensão da formação, caracterização e na dimensão social é possível descrever as semelhanças existentes nos profissionais de saúde. Com o término da investigação torna-se pertinente afirmar que a escala MICA-4 só nos demonstra a presença ou não de estigma, sendo que não é tão pormenorizada em comparação com a EODM, pois esta permite avaliar as opiniões dos inquiridos assim como a presença ou não de estigma. Desta forma, um dos aspetos a melhorar nesta investigação seria a aplicação do MICA-4 e da EODM em ambas as categorias profissionais.

Torna-se pertinente, após a conclusão da investigação, a divulgação dos resultados a todos os profissionais que participaram no estudo, sendo frequente esta situação não ocorrer nas instituições. Posto isto, a divulgação dos resultados de um estudo aos profissionais de saúde torna-se num fator motivacional para um aumento na participação de futuros estudos.

6. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), existem diversas campanhas de sensibilização sobre o estigma da doença mental, no entanto, estas mesmas campanhas apesar de serem diversificadas, tornam duvidosa a sua efetividade. Na atualidade, o doente mental é visto como um indivíduo diferente dos outros, é considerado agressivo para si e para os restantes, não é capaz de assumir um projeto de vida ou sustentá-lo.

Através deste estudo foi possível refletir e concluir que as nossas opiniões e atitudes face à doença mental influenciam o bem-estar psicológico e a vida destes indivíduos. Para além disso, ao longo da nossa vida as opiniões que definimos e os nossos comportamentos condicionam o desenvolvimento da nossa personalidade, sendo que se torna pertinente incluir e explicar a patologia psiquiátrica nas faixas etárias mais jovens. Atualmente, são implementados diversos programas escolares como, por exemplo, o Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) que aborda diferentes patologias, nomeadamente a obesidade. Desta forma, seria benéfico implementar um Programa de Saúde Mental às faixas etárias mais jovens, para que seja incutido, desde o início, a aceitação da patologia psiquiátrica.

Consideramos que este tipo de questões não é abordado na comunidade, sendo este meio um dos mais importantes para a divulgação do mesmo. Logo, torna-se crucial a presença dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, já que reúnem as competências necessárias para desmistificar, ensinar e demonstrar que os indivíduos portadores de doença mental não são diferentes de nós. Existe necessidade de traçar um novo caminho, o caminho para a desmistificação da doença mental, que será um caminho árduo, mas, sem dúvida, gratificante, pois o objetivo é mudarmos as opiniões e as atitudes dos indivíduos, só assim conseguiremos uma saúde mental sem estigmatização.

No enquadramento teórico foi possível concluir que se existir formação em saúde mental a probabilidade de ocorrer estigmatização da doença mental é menor, pelo que sugerimos que cada instituição invista nesta temática promovendo um debate construtivo entre profissionais.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados apresentados anteriormente demonstra que a influência dos **dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental não é estatisticamente significativa.**

Assim, sublinha-se a importância e o papel dos profissionais de saúde para a promoção da inclusão das pessoas com doença mental, e para a redução do seu stress e das preconceitos que afetam a sua qualidade de vida. (Lewis e Maccines, 2008).

A maior parte dos profissionais afirmou ter recebido **formação na área da saúde mental durante a sua formação académica inicial**, e alguns realizaram formações posteriores na área. O facto de os profissionais terem formação específica na área da saúde mental é um dos fatores que é apontado como inibidor do estigma social. A formação específica proporciona aos profissionais uma visão mais aprofundada e sólida para a doença e para a situação destes doentes, o que justifica o facto de, no geral, os profissionais de saúde inquiridos manifestarem desacordo em relação à existência de estigma na doença mental. No que respeita às questões de investigação do nosso estudo e respetivas respostas, foi possível concluir que os instrumentos utilizados respeitaram o tema e a população selecionada.

Na dimensão **Social** os profissionais de saúde não manifestam concordância com crenças e atitudes discriminatórias, contudo a nível individual existem hesitações no que toca a assumir a doença. Ambos os profissionais concordam que existem diferenças entre doença mental e doença física, no entanto não concordam com os estereótipos relacionados com a doença mental, o que mais uma vez reforça a ideia de que os profissionais não repercutem nas suas ações ideias estigmatizantes. Todavia, o facto de assumirem que existem diferenças entre a doença física e a doença mental, poderá significar que existem crenças por parte dos profissionais, que se encontram enraizadas desde muito cedo. A corroborar as ideias anteriores, todos os profissionais manifestaram que continuariam a trabalhar com um eventual colega que sofresse de doença mental.

Considerando as nossas questões de partida, concluímos que:

- Os profissionais de saúde não apresentam atitudes que possam contribuir para o aumento do estigma para com os doentes mentais;
- Não existe diferença estatisticamente significativa entre os profissionais de saúde

face ao estigma da doença mental;

- Os resultados obtidos revelaram que as características sociodemográficas não influenciam nem condicionam atitudes estigmatizantes;
- Independentemente dos serviços, gerais ou especializados, os profissionais de saúde não relatam a presença de estigma para com as pessoas com doença mental.

Em suma, apesar do estigma na doença mental ser um tema pertinente e atual, uma vez que influencia os cuidados prestados ao doente, este estudo demonstra que, entre os profissionais de saúde inquiridos não se verificam atitudes estigmatizantes

Torna-se, portanto, crucial a presença de profissionais de saúde especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, já que estes reúnem as competências necessárias para desmistificar, ensinar e demonstrar que os indivíduos portadores de doença mental não são diferentes dos restantes indivíduos. Existe necessidade de traçar um novo caminho, o caminho para a desmistificação da doença mental, que será um caminho árduo, mas, sem dúvida, gratificante, pois o objetivo é mudarmos as opiniões e as atitudes dos indivíduos, pois só assim conseguiremos uma saúde mental sem estigmatização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acharya, B., Maru, D., Schwarz, R., Citrin, D., Tenpa, J., Hirachan, S., Basnet, M., Thapa, P., Swar, S., Halliday, S., Kohrt, B., Luitel, N., Hung, E., Gauchan, B., Pokharel, R. e Ekstrand, M. (2017). Partnerships in mental healthcare service delivery in low-resource settings: developing an innovative network in rural Nepal. *Globalization and Health*, 13(2), 1-7. DOI 10.1186/s12992-016-0226-0

Al-Awadhi, A., Atawneh, F., Alalyan, M., Shahid, A., Al-Alkhadhari, S. e Zahid, M. (2017). Nurses' Attitude Towards Patients with Mental Illness in a General Hospital in Kuwait. *Saudi J Med Med Sci.*, 5(1), 31–37.

Almeida, J. e Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. União Europeia. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

Alshahrani, W. (2018). A Literature Review of Healthcare Professionals' Attitudes towards Patients with Mental Illness. *Journal of Medical Research and Health Education*, 2(1), 1-5.

Angelamn, T., Bjorkman, T., Jonsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian journal of caring sciences*, volume 22, 170-177.

Angermeyer, M., van der Auwera, S., Carta, M., Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, volume 16, 50-61.

Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 658-665.

Azevedo S., Oliveira, A., (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, volume 30, 227-234. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n4/v30n4a04.pdf>

Barbosa, T. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros Profissionais de saúde mental*. Universidade do Porto, Porto. URL <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe3/nspe3a12.pdf>

Bez, A. Rauen, F. (2016). Modificação de pensamentos e crenças disfuncionais e teorias Pragmáticas da comunicação. *Revista Prolíngua*, volume 11, 96-105

Boekel, L., C., Brouwers, E., van Weeghel, J., e Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, volume 131, 23–35. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Boyd, J., *et al.*, (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Elsiver*, volume 55, 221-231.

Burks, D. J., Youll, L. K., e Durtschi, J. P. (2012). The empathy-altruism association and its relevance to health care professions. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, volume 40, 395–400. <http://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.3.395>.

Cancro R., Meyerson A. (2002). *Prevention of Disability and Stigma Related to Schizophrenia: A Review*. New York: Mario Maj, Norman Sartorius

Chang, S., Ong, H., Seow, E., Boon, Chua, B., Abdin, E., Samari, E., Teh, W., Chong, S., Subramaniam, M. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(12), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2017-018099

Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L., e Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis: Emergency attitudes towards mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 273–284. <http://doi.org/10.1111/inm.12040>

Cohen, E., Wahl, O. (2009). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, volume 38, 49–62.

Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A., Gracia, G. (2004). *Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma*, Volume 55, 577-580. doi: [10.1176/appi.ps.55.5.577](http://doi.org/10.1176/appi.ps.55.5.577)

Corrigan, P., Watson, A., Markowitz, F., Rowan, D. (2003). An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, volume 44, 162–179

Corrigan, P., Larson, J., Rusch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *Journal of World Psychiatry Association (WPA)*, volume 8, 75-81.

Corrigan, P., Watson, A., (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness, *Volume 9*, 35-53.

Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F. e Rubbi, I. (2018). Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24-30.

Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., e Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106–113.

Fortin, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação* Lusodidacta ; 2009; pág. 312

Gil, I.– *Crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais*. – Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Coimbra 2010

Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York

Goldner, E., Hsu, L., Waraich, P., Somers, J. (2002) Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, volume 47, 833-843. doi:[10.1177/070674370204700904](https://doi.org/10.1177/070674370204700904)

Jacobsson, J., Martensson, G., Engstrom, M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, volume 21, 782-788.

Jacq, K., Norful, A. e Larson, E. (2016). The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(6), 788-796.

Krajewski C, Burazeri G., Brand H. (2013)– Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *ELSEVIER: Psychiatry Research*, volume 210, 1136-1146

Link, B., Phelan, J., (2001) Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Social*, volume 27, 363-385

Link, B., Struening L., Phelan, C., Asmussen, S., Todd-Neese, S.,(2001) The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses, *Psychiatry Services*, volume 52, 1621-1626.

Livingston, J., Boyd, J., (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, volume 71, 2150-2161. doi: :10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Loureiro, L., Dias, C., Aragão, R. (2008) Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais – contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referencia*, volume 8, 33-44

Maccines, D., Lewis, M., (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, volume 15, 59-65. doi:

Marques, A. (2007). *Modelo Integrado de Desenvolvimento Pessoal: Um modelo de Reabilitação Psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

Minas, H., Zamzam, R., Midin, M. e Cohen, A. (2011). Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC Public Health*, volume 11, 1-10.

Pais-Ribeiro, J., Teixeira, F., Maia, F. (2012). Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *ELSEVIER-Revista da Associação Médica Brasileira*, Volume 58 254-262. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000200024>

Palha, J., Palha, F. (2016) Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal, *GAZETA MÉDICA Nº2*, volume 3. doi: <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>

Pinfold, V., Byrne, P., e Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: A focus group study identifying UK mental health service users? Main campaign priorities. *International Journal of Social Psychiatry*, volume 51, 128-138. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764005056760>

Queiroz, M. (2013) *Perceção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de género*. Dissertação Mestrado em Psicologia – Universidade Católica, Porto. URL: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15579/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado>

Ross, C. A., e Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, volume 16, 558–567. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>

Sahile, Y., Yatayih, S., Yeshanew, B., Ayelegne, D. e Mihiretu, A. (2019). Primary health care nurses attitude towards people with severe mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, volume 13, 1-8.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, volume 19, 137–155. <http://doi.org/10.1080/09540260701278929>

Silva, s., Hora, A., Ramos, M., Pontes, Fernando., Nobre, J. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, volume 29, 47-62.

Thornicroft, G., Rose, D., e Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, volume 19, 113–122. <http://doi.org/10.1080/09540260701278937>

Violante, C. (2012) *Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica*, Dissertação de Mestrado- Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. URL: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1224/1/Carlos_Violante.pdf

Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S. e Henderson, C. (2017). Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study. *Journal of Mental Health*, volume 26, 457-463.

WHO-Europe — World Health Organization Europe. Livro de recursos da oms sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. 2005

World Health Organization *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization Geneve, CH: World Health Organization; 2002

Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B., Ong, S., Yow, K., Chong, S. e Subramaniam (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *PLoS ONE* 12(11), e0187593. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187593>

ANEXOS

ANEXO 1- INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO



Estudo Integrado no Projeto "REGAMIS- Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde"

Para o preenchimento do questionário tenha em consideração o seguinte:

- 1- Responda a todas as questões com sinceridade
- 2- Não deixe nenhuma questão por responder, pois todas são de interesse para o estudo

DADOS BIOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. IDADE: _____

2. SEXO: MASCULINO _____ FEMININO _____

3. SERVIÇO ONDE TRABALHA

4. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Bacharelato _____

Licenciatura _____

Mestrado _____

Outras _____

5. CATEGORIA PROFISSIONAL:

Enfermeira(o) _____

Enfermeira(o) Chefe _____

Enfermeira(o) Supervisora _____

Médica(o) _____

Médica(o) Interno _____

6. ÁREA DE ESPECIALIDADE: _____

7. DURANTE A FORMAÇÃO ACADÊMICA TEVE ALGUMA DISCIPLINA SOBRE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA? SIM _____ Não _____

Se respondeu SIM, indique em que formação:

Curso de Enfermagem _____

Curso de Medicina _____

Outra _____

8. FREQUENTOU AÇÕES DE FORMAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRISA PARA ALÉM DA FORMAÇÃO ACADÊMICA? SIM _____ Não _____

9. TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO _____



13753

Estudo Integrado no projeto "REFAMIS – (Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde)"
Doença Mental: Escala das Atitudes dos Clínicos

MICA-4

Instruções:

Para cada opção (concordo plenamente a discordo plenamente) por favor assinalar apenas uma. A doença mental aqui referida indica as condições que necessitariam de intervenção do psiquiatra.

 Código

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	concordo plenamente	concordo	concordo ligeiramente	discordo ligeiramente	discordo	discordo plenamente
1 Só tenho contacto com a saúde mental em caso de necessidade e não estou interessado em saber mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 As pessoas com doença mental grave nunca irão recuperar o suficiente e conseguir boa qualidade de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Trabalhar em contexto de saúde mental é tão respeitável como qualquer outro contexto de saúde ou serviço social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Se tivesse uma doença mental nunca admitiria aos meus amigos porque recearia ser tratado de forma diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 As pessoas com doença mental grave são perigosas na maioria das vezes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Os profissionais de saúde e ação social sabem mais sobre a vida das pessoas em tratamento por doença mental do que os próprios familiares ou amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Se tivesse uma doença mental nunca admitiria aos meus colegas porque recearia ser tratado de forma diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ser um profissional de saúde ou ação social na área da saúde mental não é o mesmo que ser um verdadeiro profissional de saúde ou ação social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Se um colega mais experiente me dissesse para tratar de forma depreciativa, um paciente com doença mental, eu não seguiria as suas instruções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale, MICA-4 © 2010 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London

We would like to thank Aliya Kassam for her major contribution to the development of this scale

Contact: Professor Graham Thornicroft, Email: graham.thornicroft@kcl.ac.uk.

Kassam A., Glozier N., Leese M., Henderson C., Thornicroft G. (2010) Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). Acta Psychiatrica Scandinavica 122(2), 153-161.



13753

Instruções: para cada opção (1 a 6) por favor assinalar apenas uma. A doença mental aqui referida indica as condições que necessitariam de intervenção do psiquiatra.

	concordo plenamente	concordo	concordo ligeiramente	discordo ligeiramente	discordo	discordo plenamente
10 Sinto-me tão confortável a conversar com uma pessoa com doença mental como com uma pessoa com doença física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 É importante que qualquer profissional de saúde ou ação social a prestar cuidados a uma pessoa com doença mental, esteja também atento a saúde física dessa pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 A população em geral não precisa estar protegida contra as pessoas com doença mental grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Se uma pessoa com doença mental apresentasse queixas físicas (ex. dor no peito) eu iria atribuir este sintoma ao seu estado mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Não é expectável que um clínico geral faça um exame minucioso a pessoas com sintomas psíquicos porque estas pessoas podem ser reencaminhadas para psiquiatria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Utilizaria os termos "louco" "maluco" "tolo", etc. para descrever aos meus colegas as pessoas com doença mental que tivesse visto no meu local de trabalho..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Se um colega de trabalho me dissesse sofrer de doença mental, continuaria a querer trabalhar com ele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigado pela sua colaboração.



Draft

Opiniões acerca da Doença Mental
 (Cohen & Struning, 1962; Oliveira, 2005)

O questionário que apresentamos diz respeito a opiniões ou ideias acerca da doença mental. São apresentadas várias afirmações. Leia atentamente cada uma das afirmações preenchendo o círculo que corresponde à sua opinião. Tem seis opções que apresentamos de seguida, contudo, só pode assinalar uma para cada afirmação.

1	2	3	4	5	6
Concordo plenamente	Concordo	Concordo Moderadamente	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Completamente

	concordo completamente	concordo	concordo moderadamente	discordo moderadamente	discordo	discordo completamente
	1	2	3	4	5	6
1. O esgotamento nervoso é uma consequência normal nas pessoas que trabalham demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A doença mental é igual a outra doença qualquer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Muitos dos pacientes nos hospitais psiquiátricos não são perigosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Quando os pacientes saem dos hospitais psiquiátricos, apesar de parecerem bem, não deveriam ser autorizados a casar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se os pais amassem mais os seus filhos, haveria menos doenças mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É fácil reconhecer alguém que já teve uma doença mental grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pessoas que são doentes mentais deixam que as suas emoções os controlem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pessoas que já foram pacientes num hospital psiquiátrico não são mais perigosas que a média dos cidadãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Quando uma pessoa tem um problema ou uma preocupação é bom pensar nisso, mas deve-se manter ocupada com pensamentos mais agradáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Apesar de não se aperceberem disso, muitas pessoas tornam-se doentes mentais para evitar os problemas difíceis da vida do dia a dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Existe algo nos doentes mentais que os torna mais fácil de distinguir das pessoas normais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mesmo que os doentes nos hospitais psiquiátricos se comportem de forma engraçada, é errado rir-mos deles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Muitos dos doentes mentais têm vontade de trabalhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Os filhos pequenos dos doentes que estão em hospitais psiquiátricos não devem ser autorizados a visitá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Pessoas que são bem sucedidas no seu trabalho raramente se tornam doentes mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. As pessoas não se tornam doentes mentais se evitarem maus pensamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Os doentes dos hospitais psiquiátricos comportam-se em muitas alturas como crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Deveria ser gasto mais dinheiro dos impostos no cuidado e tratamento de pessoas com uma doença mental grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Um doente com problemas cardíacos só tem uma coisa errada nele, enquanto um doente mental é completamente diferente dos outros doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Os doentes mentais vêm de casas onde os seus pais mostraram pouco interesse pelos seus filhos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pessoas que têm uma doença mental não devem ser tratadas no mesmo hospital com pessoas com uma doença física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Qualquer pessoa que se tenta curar merece o respeito dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Se os nossos hospitais tivessem médicos, enfermeiros e auxiliares melhor treinados, muitos dos doentes melhoravam mais rapidamente de modo a poderem viver fora do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Uma mulher será inconsciente se casar com um homem que tenha tido uma doença mental grave, mesmo que este pareça totalmente recuperado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Draft

	concordo completamente	concordo	concordo moderadamente	discordo moderadamente	discordo	discordo completamente
	1	2	3	4	5	6
25. Se os filhos de doentes mentais forem criados por pais normais, eles não se tornam doentes mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Pessoas que foram doentes em hospitais psiquiátricos nunca mais voltarão a ser os mesmos que eram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Muitos doentes mentais são capazes de trabalhar, não obstante eles em muitas áreas terem graves distúrbios mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Os nossos hospitais psiquiátricos parecem mais prisões do que lugares onde os doentes mentais podem ser tratados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Qualquer pessoa que está num hospital psiquiátrico não deve ser autorizada a votar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. A doença mental de muitas pessoas é causada pela separação/divórcio dos seus pais durante a sua infância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. A melhor forma de lidar com os doentes nos hospitais psiquiátricos é mantê-los atrás de portas trancadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Tornar-se doente num hospital psiquiátrico é tornar-se um fracasso na vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Os doentes nos hospitais psiquiátricos devem ter direito a mais privacidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Se um doente num hospital psiquiátrico atacar alguém, deve ser punido, para não o voltar a fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Se os filhos de pais normais forem criados por doentes mentais, eles tornar-se-ão provavelmente doentes mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Todos os hospitais psiquiátricos devem ser rodeados por cercas altas e guardas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A lei deve autorizar a mulher a divorciar-se do seu marido logo que este seja internado num hospital psiquiátrico com uma doença mental grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Pessoas que sejam incapazes de trabalhar por causa da sua doença mental devem receber dinheiro para as suas despesas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. A doença mental é normalmente causada por alguma doença do sistema nervoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Doentes com uma grave doença mental já não são completamente humanos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Muitas mulheres que em tempos foram doentes num hospital psiquiátrico podem ser confiáveis como amas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Muitos doentes nos hospitais psiquiátricos não cuidam do seu aspecto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Os professores têm maior probabilidade de se tornarem doentes mentais do que homens de negócios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Muitas pessoas que nunca foram pacientes nos hospitais psiquiátricos são mais doentes mentais do que muitos doentes mentais hospitalizados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Apesar de alguns doentes poderem parecer bem, é perigoso esquecermo-nos por um momento que eles são doentes mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Por vezes a doença mental é uma punição por maus actos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Os nossos hospitais psiquiátricos devem ser organizados de forma a que o doente sinta o mais possível que está a viver como se estivesse em casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Uma das muitas causas da doença mental é a falta de força de vontade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Existe pouco que se possa fazer pelos doentes dos hospitais psiquiátricos, excepto que eles estejam confortáveis e bem alimentados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Muitos doentes mentais devem permanecer nos hospitais até estarem bem, mesmo que as portas sejam abertas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Todos os doentes psiquiátricos deveriam ser impedidos de ter filhos através de uma operação sem dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 2- CONSENTIMENTO INFORMADO E PEDIDO DE COLABORAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O termo de consentimento informado deve ser específico do Estudo de Investigação (o modelo deve ser adaptado ao estudo em causa, acrescentando outros dados considerados pertinentes ou eliminando partes não aplicáveis).

Compete ao Investigador Responsável ou ao(s) elemento(s) da Equipa de Investigação em que ele delegue, prestar aos Participantes do estudo as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

Sugere-se que seja anexo ao termo um folheto informativo sobre o estudo para dar aos Participantes.

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Eu, abaixo-assinado _____

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a uma colheita de dados para um estudo de investigação relativo às opiniões e atitudes dos profissionais de saúde, face à doença mental em diferentes serviços de um hospital geral.

Sei que neste estudo está previsto a aplicação de três questionários, nomeadamente, Opiniões acerca da Doença Mental, Questionário Sociodemográfico (14 questões de resposta aberta e fechada relacionadas com características pessoais e profissionais dos enfermeiros e dos médicos) e a Escala de atitudes dos clínicos MICA, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo

Data

____/____/____

Assinatura

Nome do Investigador Responsável

Data

____/____/____

Assinatura

OPINIÕES E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FACE À DOENÇA
MENTAL EM DIFERENTES SERVIÇOS DE UM HOSPITAL GERAL

Exma/o colega e Drª/Drº

Integrado no âmbito do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendo elaborar um trabalho de investigação sobre as "Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde, face à doença mental em diferentes serviços de um hospital geral" em que os objetivos passam por determinar a existência ou não de estigma da doença mental na classe de enfermagem e na classe médica, comparar as opiniões e atitudes dos enfermeiros e médicos face à doença mental em função dos diferentes serviços hospitalares, relatar as opiniões e atitudes dos enfermeiros e médicos face à doença mental e verificar associações entre as variáveis sociodemográficas e as opiniões e atitudes dos enfermeiros e médicos em estudo.

Durante o desenvolvimento do trabalho de investigação irei aplicar três questionários a Escala de atitudes dos clínicos MICA-4 (Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale MICA-4, 2010), opiniões acerca da Doença Mental (Cohen & Struning, 1962; Oliveira, 2005) e um questionário Sociodemográfico (14 questões de resposta aberta e fechada relacionadas com características pessoais e profissionais dos enfermeiros e dos médicos).

Desde já informo que toda a informação registada é totalmente confidencial.

Através da sua participação será possível avaliar e refletir acerca da existência ou não de estigma por parte dos profissionais de saúde nos diferentes serviços no CHUP. Futuramente, através os dados colhidos, estes poderão ser utilizados para criar estratégias ou medidas de forma a colmatar o estigma existente.

Qualquer informação que necessitem poderão enviar email para u12807@chporto.min-saude.pt

Grata pela vossa colaboração,

Maria Isabel Cabral Martins

ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Exma. Sra. Enfª Maria Isabel Martins

Serviço de Medicina – Unidade D

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde, face à doença mental em diferentes serviços de um Hospital Geral” – N/ REF.º 2019.010(008-DEFI/009-CE)

O Conselho de Administração do CHUP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar nos Serviços de Cardiologia, Medicina - Unidade C e Cuidados Intensivos - Unidade 1 desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Maria Isabel Martins.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética, pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHUP, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
27/03/19

 Dr. PAULO BARBOSA Presidente	 Dr.ª ELIA GOMES Vogal Executiva
 Prof. Doutor JOSÉ BARROS Diretor Clínico	 Dr.ª RITA MOREIRA Vogal Executiva
 Enf.ª EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	

Maria Isabel Cabral Martins